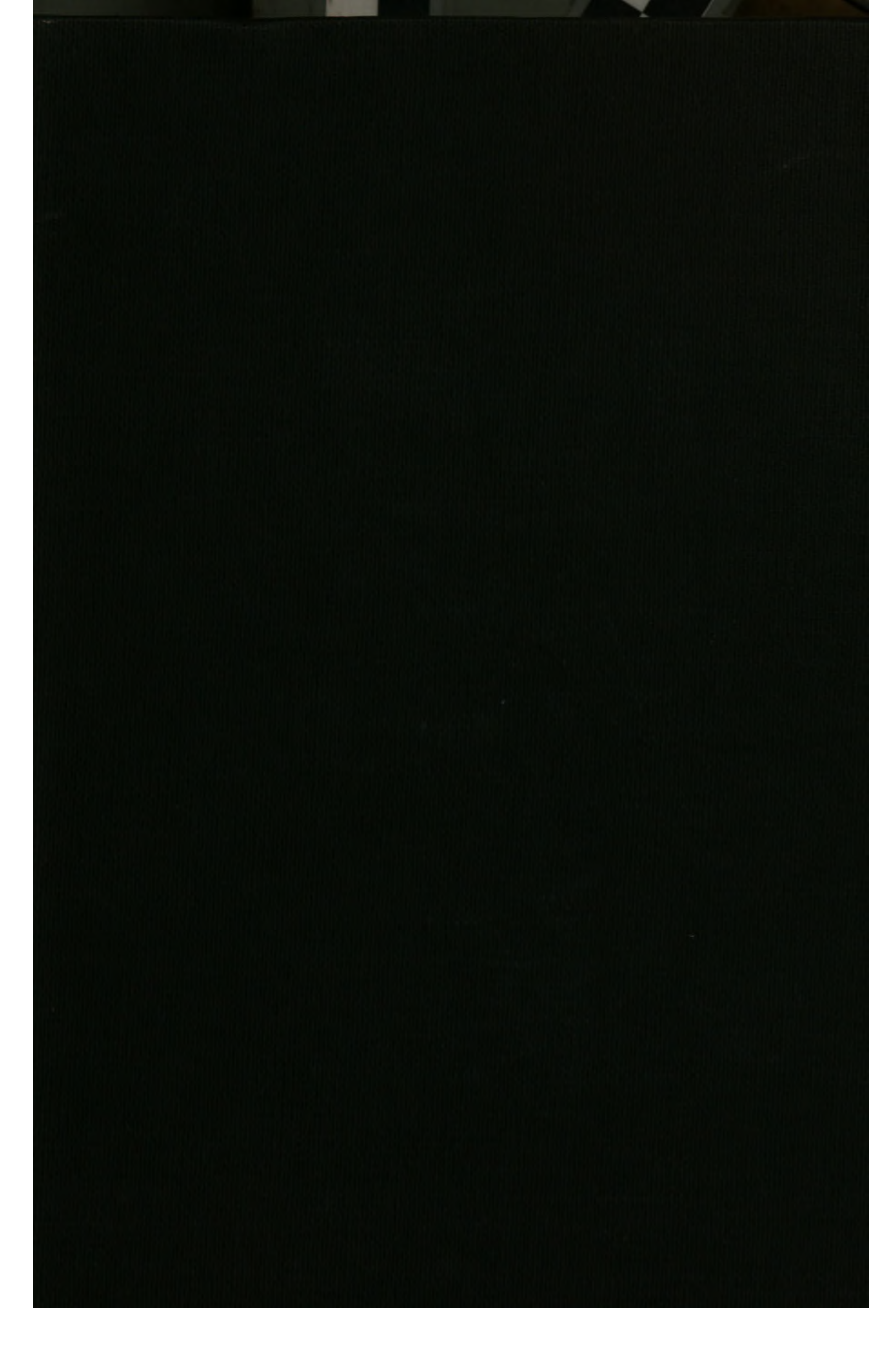
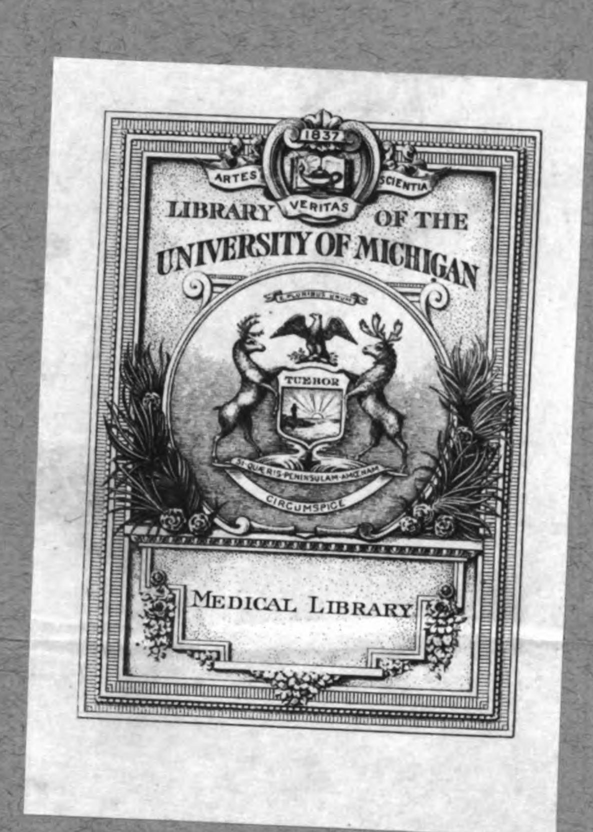



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



JOURNAL

DE

NEUROLOGIE

NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE

sous la direction de

X. FRANCOTTE
Professeur de Neurologie
et de Clinique Psychiatrique
à l'Université de Liége

J. CROCQ
Professeur agrégé à l'Université de Bruxelles
Médecin en chef
de la Maison de santé d'Uccle

TOME XV. — ANNÉE 1910

BRUXELLES
IMPRIMERIE MÉDICALE & SCIENTIFIQUE L. SEVEREYNS
34, rue Botanique
—
1910


JOURNAL DE NEUROLOGIE

med.
champ.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rétrécissement du champ visuel et troubles de la vision des couleurs chez les paralytiques généraux

par le D[r] A. RODIET
Médecin en chef de la colonie de Dion-sur-Auron

et le D[r] P. PANSIER
d'Avignon

C'est surtout lorsqu'il s'agit d'étudier les troubles fonctionnels de l'œil chez les paralytiques généraux qu'on se heurte à des difficultés dues à l'état mental des malades.

Nos différents examens pratiqués sur trente paralytiques généraux aux trois périodes de la maladie nous ont souvent donné un résultat négatif. Tel malade était indocile, tel autre en état de démence trop avancée et incapable, à cause de ses idées délirantes, de se prêter à l'examen de l'acuité visuelle et du champ visuel. Ces difficultés expliquent la défiance des auteurs à l'égard des recherches entreprises sur les troubles visuels des paralytiques généraux et aussi le petit nombre de travaux concernant la question.

Roncoroni (1) sur quatre cas, a trouvé le champ visuel normal une fois et rétréci trois fois.

Bikeles et Kornfeld (2) constatent chez les paralytiques généraux un rétrécissement concentrique du champ visuel sans qu'il y ait de lésions ophtalmoscopiques. Ils ont également signalé des rétrécissements sous forme de secteurs.

Six observations personnelles avec tracés du champ visuel, permettent à M. Reznikow (3) de conclure ce qui suit :

1° Le rétrécissement du champ visuel, dans la paralysie générale, est un phénomène plus ou moins constant ;

2° Ce rétrécissement s'étend à toutes les qualités de la sensation lumineuse ;

3° La diminution pour le blanc suit une marche parallèle, mais

---

(1) RONCORONI. Le champ visuel chez les aliénés, ses rapports avec les autres modes clinique psychiatrique de Turin (Lombroso). (*Annales médico-psychologiques*, 1893, 2e semestre, p. 142.)

(2) BIKELES et KORNFELD. Contribution à la connaissance du champ visuel dans la p. g. (*Archives de neurologie*, 1894, n° 84 p. 138.)

(3) REZNIKOW. Des modifications du champ visuel chez les paralytiques généraux. *Obozréine psychiatrie*. V, 1909.)

peut-être est-elle plus précoce que le rétrécissement du champ pour le vert et pour le rouge;

4° Souvent on rencontre une expansion de la zone d'achromatopsie;

5° Le degré de rétrécissement ne comporte pas de grandes différences suivant les champs visuels;

6° Bien que les champs visuels du vert et du rouge subissent le plus grand rétrécissement, leur anéantissement complet sous la forme de scotome central pour les couleurs, n'a pu être observé;

7° Les rétrécissements du champ visuel ont le caractère de déchéances segmentaires, de lacunes. Les scotomes, s'ils ne sont pas absolument absents, s'observent cependant assez rarement;

8° Comme il se forme souvent des lacunes en des endroits différents, au milieu de divers chemps visuels et peut-être même à des moments divers, les champs visuels prennent au plus haut degré l'aspect irrégulier, dentelé, brisé, et ne se recouvrent point l'un l'autre; un champ s'en va derrière un autre; les lacunes de champs visuels très spacieux font irruption sur les limites des champs visuels restreints. C'est ainsi qu'il peut arriver que là où la sensation de la couleur blanche est anéantie, la sensation de toute autre couleur demeure conservée;

9° Le rétrécissement du champ visuel est le signe le plus précoce, le plus sûr, le plus caractéristique des altérations au début du nerf optique.

Pour savoir si le malade présente quelques altérations pathologiques du côté des yeux, le périmètre est supérieur à l'ophtalmoscope et aux échelles de . nellen. Comme l'a dit Mendel (1), le rétrécissement du champ visuel chez les paralytiques généraux est le signe d'une atrophie commençante du nerf optique.

10° Les symptômes campimétriques, par leur incontestabilité et leur évidence, l'emportent sur les symptômes pupillaires.

Quand on avait assigné à ces derniers une proportion de 50 p. 100 et à l'atrophie du nerf optique celle de 4 à 5 p. 100, on n'admettait l'atrophie que lorsqu'on voyait une image ophtalmoscopique nette de celle-ci et une décadence très accentuée de la vision. Mais il en est autrement si l'on accorde que la campimétrie suffit pour diagnostiquer l'atrophie au début. En ce cas, les données périmétriques prennent une importance qu'elles n'avaient pas eue jusque-là.

Ces conclusions de Reznikow ne sont pas admises par Joffroy, Sauvineau et Schrameck. Ces auteurs déclarent, qu'abstraction faite des cas où les troubles mentaux rendent l'examen impossible, et de ceux où des lésions papillaires peuvent entraîner une modifica-

---

(1) MENDEL. Progressive paralyse des yrien, 1880.

tion, ils ont trouvé le champ visuel normal. Raviart, Privat de Fortunié et Liorthois (1) estiment « qu'il ne saurait être question du » champ visuel dans la paralysie générale que lors de la phase pro» dromique de la maladie; ultérieurement, la recherche est trop » délicate pour les malades troublés évoluant vers la démence ». Mignot, Schrameck et Parrot (2) n'attachent aucune valeur diagnostique aux troubles fonctionnels de l'œil observés chez les paralytiques généraux, mais ils pensent que leur constatation chez un malade est en faveur de l'existence chez celui-ci, de la variété tabétiforme de la paralysie générale.

Au contraire, Hirschberg (3) est d'avis qu'un rétrécissement périphérique du champ visuel, exceptionnellement un scotome central, marque le début de l'atrophie optique. M. Jean Galezowski (4) est encore plus affirmatif et précise les caractères du rétrécissement du champ visuel qu'on peut observer dès le premier stade de la paralysie générale. Ces caractères sont : 1° d'être régulier, c'est-à-dire d'intéresser uniformément tous les points de la périphérie du champ visuel, tandis que dans les affections qui produisent l'atrophie, il est rare qu'il n'y ait pas tôt ou tard, irrégularité dans les contours du champ visuel rétréci; 2° d'être un trouble passager, intermittent, c'est-à-dire de pouvoir s'atténuer et même disparaître par intervalles, avant de s'installer définitivement; 3° de permettre de pronostiquer l'atrophie prochaine.

Si donc, ce trouble se produit alors qu'il y a déjà amblyopie, les altérations ophtalmoscopiques peuvent apparaître bientôt.

En revanche, « tant qu'une amblyopie ne s'accompagne pas de » rétrécissement de la vision périphérique, on peut espérer sa gué» rison, quelle que soit sa durée et sa cause encéphalique. (Robin.) (5).

Du reste, le rétrécissement du champ visuel sans lésions, n'est pas particulier à la première période de la paralysie générale. C'est un trouble de la vue fréquent dans les encéphalopathies toxiques (alcool, plomb), et il peut être l'un des premiers symptômes accusé par le malade.

On sait, d'autre part, l'importance que certains auteurs attachent aux caractères spéciaux du rétrécissement hystérique.

---

(1) Raviart, Privat de Fortunié, Liorthois. *Revue de médecine*, 10 décembre 1906.

(2) Mignot, Schrameck et Parrot. *L'encéphale*, 2e année, n° 6, p. 590.

(3) Hirschberg. Troubles visuels dans la paralysie générale. (Communication à la société de psychiatrie de Berlin in *Archives de neurologie*, 1883.)

(4) J. Galezowski. Thèse de Paris, 1880

(5) Robin. Thèse d'agrégation. 1880.

Par l'examen ophtalmoscopique, on se rendra compte de l'existence d'une lésion papillaire. On ne confondra pas ainsi deux troubles bien distincts : d'une part, le rétrécissement du champ visuel observé au début de la paralysie générale avant que la rétine ou la papille soit atteinte, d'autre part, le rétrécissement du champ visuel accompagnant l'atrophie tabétique, ou l'atrophie qui se produit dans quelques cas, à la dernière période de la paralysie générale.

Cette seconde forme, nous ne l'avons pas observée. Nos malades atteints de rétrécissement du champ visuel ne présentaient pas de lésions du fond de l'œil. Les caractères du rétrécissement n'étaient pas toujours ceux décrits par Reznikow et Galezowski. Nos recherches nous ont donné les résultats suivants : diminution concentrique du champ visuel chez quatre malades sur trente examinés. Ces quatre paralytiques généraux présentaient une cause d'intoxication (plomb, alcool, tabac) à laquelle nous attribuons les troubles du champ visuel, plutôt qu'à l'évolution de la paralysie générale.

Il faut remarquer aussi que, pour toutes les raisons exposées plus haut, le champ visuel ne peut être étudié chez les paralytiques généraux qu'au début de la maladie, plus rarement à la période d'état, presque jamais à la troisième période.

C'est ainsi que parmi les quatre cas observés, deux malades étaient à la période de début, et deux à la période d'état.

Dans la première observation, le rétrécissement du champ visuel était plus accusé à droite et plus marqué pour le rouge. Dans la deuxième observation, l'orangé n'était pas perçu, et le champ visuel était rétréci pour le blanc. Dans l'observation 3, on notait un léger rétrécissement pour le rouge aux deux yeux. Dans l'observation 4, le rétrécissement était excentrique aux deux yeux.

Lorsqu'on observe des scotomes chez le paralytique général, ce symptôme est généralement associé à d'autres troubles oculaires.

Le malade n'attache d'ordinaire aucune importance à ce phénomène qui, cependant, d'après Wernicke, peut exister de façon précoce et alors que l'affaiblissement intellectuel est à peine marqué.

Parmi nos malades, plusieurs étaient fumeurs et alcooliques. Malgré l'examen plusieurs fois répété, il nous a été impossible de vérifier si la remarque de Hirschberg (1) était juste, à savoir que dans l'amblyopie alcoolique, le scotome se développe dans la région de la macula, avec celle-ci comme centre, tandis que dans l'amblyopie nicotinique, le scotome intéressant aussi le point de fixation, est allongé en languette vers la tache aveugle.

L'amblyopie toxique (nicotino-alcoolique) est une des causes les plus fréquentes du scotome central bilatéral chez l'adulte.

(1) Hirschberg. Troubles visuels dans la paralysie générale. (*Neurologisches Centralblatt*, 1883. *Annales médico-psychologique*, 1884, 2e trimestre, p. 322.)

L'acuité baisse rapidement pour atteindre 1/10e. Cette réduction de l'acuité persiste indéfiniment, si les causes d'intoxication ne sont pas supprimées.

Lorsque ce symptôme apparaît au début de la paralysie générale, il convient donc d'examiner avec soin les antécédents du malade pour atribuer à l'amblyopie sa véritable cause : abus de l'alcool ou du tabac ou les deux causes réunies.

Tel était le cas chez trois malades. Ils présentaient tous une décoloration papillaire du côté temporal avec affaiblissement visuel. Ils étaient tous alcooliques. Dans deux observations il y avait association de l'alcoolisme et de la syphilis, et dans un cas association de l'alcool et de l'intoxication par le plomb.

La migraine ophtalmique, dans sa variété simple, au début de la paralysie générale, prend souvent la forme de céphalée sus-orbitaire, quelquefois aussi celle de scotome scintillant.

C'est, d'après Charcot (1), Parinaud (2), Blocq (3), un symptôme de la première période de la paralysie générale intéressant à connaître pour le diagnostic.

D'autant plus qu'il ne suffit pas de constater l'existence de la migraine ophtalmique. Il faut remonter à la cause même de ce trouble visuel. La migraine ophtalmique peut être une manifestation de même ordre que la migraine, par conséquent de nature inconnue et indéterminée. Elle peut, au contraire, relever de l'hystérie ou encore être sous la dépendance d'une lésion syphilitique, et précéder l'évolution d'une syphilis cérébrale ou de la paralysie générale.

Fürstner (4) pense que ces troubles visuels sont généralement dus aux lésions de l'écorce occipitale.

Un des malades de A. Marie (5) avait un scotome central intermittent avec accès de migraine ophtalmique datant de l'enfance. P. Blocq en a publié plusieurs observations et affirme qu'il y a là dans certains cas plus qu'une simple coïncidence.

La migraine ophtalmique constitue pour Dupré (6) ainsi que pour Dupau (7) un bon signe de début de la paralysie générale.

---

(1) CHARCOT. *Progrès médical*. août, 1882. Leçon du mardi, 1887-1888.

(2) PARINAUD. Migraine ophtalmique ou débrit d'une paralysie générale. (*Archives de neurologie*, 1883, n° 13, p. 57.)

(3) P. BLOCQ. Migraine ophtalmique et paralysie générale. (*Archives de neurologie*, 1889.)

(4) FÜRTNSER. Ueber eine eingenthümliche Sestörung bei Paralytikern. (*Archiv für Psychiatrie*, 1877.)

(5) A. MARIE. Des troubles oculaires dans la paralysie générale. (Thèse de Paris. 1890.)

(6) DUPRÉ. Paralysie générale progressive. (*Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet.)

(7) DUPAU. Du zona dans la paralysie générale. (Thèse de Paris, 1898.)

Aux observations de ces auteurs, nous pouvons ajouter un cas intéressant. Nous avons vécu pendant quelque temps avec un officier syphilitique et paralytique général qui, dès la première période de sa maladie, et alors que le diagnostic s'affirmait chaque jour, s'est plaint souvent, notamment avant un ictus de courte durée, d'avoir un scintillement devant les yeux. Il disait distinguer, au milieu d'un éblouissement, une espèce de pont flamboyant à plusieurs arches superposées, parallèles, qui, après un certain temps, s'écroulaient les unes sur les autres.

C'est bien là le scotome scintillant. Chez notre malade ce phénomène s'accompagnait d'amnésie, d'embarras de la parole, de bourdonnements d'oreilles, de vertige et de paralysie passagère d'un membre. Deux fois, ces symptômes se produisirent après le repas, et un jour, ils furent assez intenses, pendant une promenade sur le boulevard, pour qu'il y ait eu nécessité de prendre une voiture et de rentrer au plus tôt. A noter que le malade ne garda le souvenir que des phénomènes visuels, et, revenu à lui, ne se préoccupa nullement de l'ictus, très court, avec perte de connaissance et vomissements, qui suivirent l'éblouissement du scotome.

Le plus souvent, les étincelles, les flammêches n'occupent que la moitié du champ visuel binoculaire, le champ de la vision distincte est d'ordinaire respecté.

La migraine ophtalmique est dite « accompagnée » lorsqu'elle s'accompagne d'hémiopie.

Ces troubles passagers de la vision : migraine ophtalmique, scotome scintillant, amaurose partielle fugace prennent aussi la forme hémiopique avec rétrécissement concentrique du champ visuel. Ils ont été décrits par Antonelli (1), sous le nom d'amblyopie transitoire.

L'hémiopie, lorsqu'elle existe dans la paralysie générale (et elle accompagne quelquefois la migraine ophtalmique du début), se présente d'après Gowers (2), avec des caractères qui n'existent pas dans l'hémiopie d'origine oculaire proprement dite, à savoir : la suppression du champ visuel est toujours bilatérale, atteint simultanément les deux yeux et le trouble une fois établi, est permanent.

Un cas d'hémiopie homonyme droite a été noté par A. Marie (3) chez un paralytique général à la période d'état. Avec les cas cités par Gowers, c'est la seule observation que nous connaissons d'hémiopie au cours de la paralysie générale.

Sur les trente malades examinés par nous aux différentes périodes de leur affection, nous n'avons trouvé aucun cas d'hémiopie.

---

(1) Antonelli. Contribution à l'étude des troubles visuels dans les maladies nerveuses. (*Archives de neurologie*, 2, 1892.)

(2) Gowers. Die ophtalmoscopie in der innern Medicin, 1893.

(3) A. Marie. Des troubles oculaires dans la p. g. (Thèse de Paris, 1890, n° 349.)

Troubles de la vision des couleurs

Ainsi que le signale Morax (1) dans l'atrophie du nerf optique liée au tabes et à la paralysie générale, l'examen du champ visuel et de la perception colorée a une grande importance surtout au début du processus atrophique, alors que la décoloration papillaire n'est pas encore assez nette pour que l'on puisse à coup sûr diagnostiquer l'atrophie optique.

On peut donc s'étonner de la rereté des observations concernant les troubles de la vision des couleurs dans la paralysie générale. Alter (2) a noté chez la plupart des paralytiques généraux qu'il a examinés, une déviation du sens des couleurs et l'hypochromatopsie serait particulièrement fréquente.

Ladame (3), de Genève, a décrit en 1889, chez un paralytique général, un accès d'érythropsie qui fût un des premiers simptômes de la maladie. Raviart, Privat de Fortunié et Liorthois (3) signalent qu'il « arrive souvent aux paralytiques généraux de voir tous » les objets d'une teinte uniforme, noire pour les lypémaniaques, » blanche ou dorée pour les exaltés ou les ambitieux.

» Mignot, Schrameck et Parrot (5), dans une étude sur la va- » leur diagnostique des troubles oculaires dans la paralysie géné- » rale ne font pas mention des troubles visuels concernant les cou- » leurs, parce que la constatation de ces troubles étant difficile et » même préjudiciable chez les individus incapables d'apprécier les » intentions du médecin, ou portés à y voir une forme de persécu- » tion, il leur a paru préférable de ne pas les rechercher d'une » manière systématique ».

Il est vrai que la dyschromatopsie est d'une recherche difficile chez le paralytique général. Cet examen est même délicat chez un sujet non atteint de paralysie générale, car il se sert parfois de noms de couleurs qu'il ne sait pas distinguer. Vient-on à solliciter son attention, il arrive, sans qu'on puisse suspecter sa bonne foi, à des résultats singuliers et contradictoires qui déroutent l'observateur. De plus, il est toujours bien difficile de savoir s'il a mal vu la couleur sur laquelle il se trompe ou si l'ayant vue exactement, il fait erreur sur le nom à lui donner ; il y a là deux opérations distinctes, qu'on ne peut guère analyser.

---

(1) MORAX. Examen des malades et sémerologie oculaire. (*Encyclopédie française d'ophatlmologie*, Paris, Doin, éd., 1905.)

(2) W. ALTER. Storungen in Farbinsium bei Pabolytichen Zeitschrift für Psychiatrie. 1904, vol. LXXXV, p. 348.

(3) LADAME (de Genève). Congrès de psychiatrie de Paris, 1889, cité par Berger, p. 89.

(4) RAVIART, PRIVAT DE FORTUNIÉ et LIORTHOIS. *Revue de médecine*, 10 décembre 1906.

(5) MIGNOT, SCHRAMECK et PARROT. *L'encéphale*, 2e année, n° 6, p. 590.

Quoi qu'il en soit, le procédé qui consiste à placer successivement devant les yeux du malade un certain nombre de cartons diversement colorés en lui demandant d'en nommer la couleur, est en général beaucoup trop sommaire.

Sans recourir à des appareils aussi compliqués que le chromatomètre de Rose, on arrive à des résultats satisfaisants chez les paralytiques généraux par le procédé suivant : on réunit un certain nombre de morceaux de papier velouté ou d'écheveaux de laine, substances dépourvues de reflets trompeurs, revêtues de couleurs et des nuances les plus répandues, et l'on charge le sujet en observation de les grouper suivant les teintes d'un spectre artificiel que l'on place devant ses yeux comme terme de comparaison.

Les individus à vue normale, constituent ces groupes sans aucune erreur, les autres, au contraire, les composent des couleurs les plus inattendues. Un coup d'œil suffit pour savoir quelles sont les couleurs qu'ils ne savent pas reconnaître ou qu'ils confondent entre elles, sans qu'il soit besoin de les forcer à employer des mots qui ne peuvent avoir pour eux la même valeur relative que pour les individus à vision correcte.

Un autre moyen de mesurer l'aptitude à distinguer les différentes couleurs consiste à placer le malade en face de tableaux disposés comme ceux qui servent à distinguer l'acuité visuelle, avec cette différence que les lettres y sont tracées, non plus en noir, mais avec cinq couleurs variées du spectre. On peut noter ainsi l'acuité pour le rouge, pour le bleu, pour le jaune, etc... Le fond du tableau doit être noir. Souvent il est intéressant de fixer l'étendue du champ visuel dans laquelle est visible chacune des différentes couleurs. Pour cette recherche, on se sert des instruments ordinaires en adaptant successivement à leurs curseurs des indices diversement colorés.

On peut dire que chaque fois que l'hémianesthésie existe, quelle qu'en soit la nature ou l'origine, elle s'accompagne de troubles oculaires et en partie de troubles dans la perception des couleurs, semblables à ceux qui ont été observés dans l'hystérie.

En résumé, les troubles de la perception des couleurs notés dans le cours des affections encéphaliques, indépendamment de toute lésion secondaire du fond de l'œil, sont intimement liés à l'hémianesthésie. Que l'hémianesthésie soit due à une lésion grossière de la partie postérieure de la capsule interne ou de la couronne rayonnante, aux intoxications alcoolique ou saturnine, ou à la névrose hystérie, dans tous les cas ces troubles sont les mêmes.

Nos recherches concernent trente paralytiques généraux examinés aux trois périodes de la maladie. Dans trois cas seulement, la vision des couleurs n'était pas normale, la quatrième observation se rapportant à un trouble psychique plutôt qu'à un trouble de la vision des couleurs.

Chez un paralytique général à la première période, il s'agissait d'un cas de vision colorée sans dyschromatopsie. Lorsqu'on présentait au malade un papier blanc, il lui paraissait rose. Peut-être est-ce là un cas d'érythropsie, puisque c'est surtout la couleur rouge qui est attribuée dans ce cas, par le malade, à tous les objets qu'on lui présente. Un autre malade, à la période de début, présentait un rétrécissement du champ visuel et prenait la couleur noire pour la couleur rouge, l'orangé pour le blanc et le vert pour le bleu. Un malade à la période d'état ne pouvait reconnaître la couleur bleue. Lors des divers examens, une laine bleue lui apparaissait grise ou noire.

Dans le cas d'un second paralytique général à la période d'état, il s'agissait d'une fausse dyschromatopsie qu'on doit attribuer à sa cause véritable : l'état psychique du malade. Le malade répondait « blanche » à l'occasion de toutes les couleurs qu'on lui présentait. En réalité, il avait perdu toute notion concernant la couleur des objets.

Chez tous ces malades, on retrouve dans les antécédents l'influence de l'alcool et souvent celle de l'alcool et de la syphilis.

Parmi les sujets de nos observations, les trois premiers étaient atteints de décoloration papillaire commune dans les amblyopies toxiques. Le quatrième présentait des lésions plus avancées, névrite optique d'un côté, atrophie en voie d'évolution de l'autre côté.

En résumé, les troubles de la vision ne sont pas fréquents chez les paralytiques généraux.

Ils sont très difficiles à noter à cause de l'état mental du malade et ils sont aussi d'ordinaire très lents à s'établir. Toutefois, le rétrécissement du champ visuel peut exister à la première période, et alors qu'il n'y a aucune lésion visible à l'ophtalmoscope. Presque toujours, ce rétrécissement est dû à une intoxication, l'alcoolisme le plus souvent, ou la syphilis ayant précédé ou évoluant en même temps que la paralysie générale.

Quant à la dyschromatopsie, lorsqu'elle existe chez les paralytiques généraux, ce qui est très rare, elle ne présente pas de caractères spéciaux.

SOCIETE BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 26 juin 1909. — Présidence de M. le docteur DECROLY.

Un cas d'hémiatrophie de la langue

(Présentation du malade)

M. BOUCHE. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui est un ouvrier agricole de 34 ans, marié, père de quatre

enfants; il est atteint d'une curieuse hémiatrophie linguale, que j'ai cru intéressante de vous montrer, vu sa rareté.

Je m'excuse de n'avoir pu, avant de vous l'amener ici, pousser mon examen aussi loin que je l'aurais voulu, et qu'il était nécessaire; mais cet homme, qui fut amené dans mon service de l'hôpital d'Anderlecht en état de mal épileptique, s'estime aujourd'hui guéri, et exige sa sortie. Ce n'est qu'hier que j'ai pu l'interroger et l'examiner assez sommairement. J'ai néanmoins tenu à vous montrer l'anomalie assez rare dont il est atteint.

L'hémiatrophie linguale droite est très marquée, comme vous pouvez le voir : la moitié gauche de la langue est certainement plus d'un centimètre plus large que la moitié atrophiée.

Néanmoins, fonctionnellement, il ne constate presque aucun trouble. La partie atrophiée se contracte visiblement dans les divers mouvements. Dans la bouche, la langue est déviée légèrement et affaissée à gauche; lorsque le malade tire la langue, au contraire, c'est vers la droite qu'elle s'infléchit. Les mouvements latéraux se font bien. Le malade sait porter sans difficulté la langue contre les diverses parties du palais, il est capable de la retourner, de la creuser.

Il n'existe aucun trouble de la phonation; le malade siffle, souffle, claque de la langue, chante sans difficulté.

Il n'y a pas de paralysie du voile du palais. Les muscles sous- et sus-hyoïdiens sont indemnes. Le larynx ne dévie pas de la ligne médiane dans les mouvements de déglutition.

On ne constate aucun trouble de sensibilité.

Comme vous pouvez le voir, tous les nerfs craniens, sauf l'hypoglosse droit, sont en parfait état.

Naturellement, devant une lésion aussi limitée, ma première pensée fut de chercher s'il n'y avait pas de cicatrice soit au cou, soit à l'intérieur de la bouche, mettant sur la trace d'une ancienne lésion de l'hypoglosse droit. Il arrive en effet de constater pareilles lésions chez des malades opérés de glandes cervicales par exemple. Mais lorsque le malade put parler, il m'affirma qu'il avait toujours eu la langue ainsi faite.

Bien qu'il soit d'une intelligence très bornée, — c'est un débile épileptique, — je pense que nous pouvons accepter son dire. Il a été très affirmatif. Il ne se souvient pas d'avoir jamais éprouvé de troubles à cause de cela.

Au point de vue du diagnostic, il semble bien que nous ayons affaire à une lésion du neurone périphérique. Seuls, en effet, les muscles innervés par les fibres propres de l'hypoglosse sont atteints d'atrophie, et cette lésion n'est ni complète, ni progressive.

L'absence de parésie et d'atrophie faciales plaide fortement contre une lésion cérébrale. Nous pourrions donc nous trouver en présence soit d'une hémiatrophie congénitale par arrêt de développement des centres trophiques bulbaires, soit d'une lésion acquise à la naissance.

Le malade ignore si on a dû employer les forceps pour le mettre au monde. Des cas d'hémiatrophie de la langue semblables à celui-ci ont été constatés chez le nouveau-né comme conséquence de certaines applications de forceps. On explique la lésion, dans ces cas, par une élongation du XIIe à sa sortie du trou condylien antérieur; d'autres fois, il s'agit

d'une fracture ou d'une subluxation en avant de l'atlas soit sous l'influence du bec de la cuiller du forceps malencontreusement placé, soit par autre traumatisme.

Il est difficile de faire des conjectures sur l'origine du cas que j'ai l'honneur de vous présenter. Je tiens cependant à vous signaler que sa colonne vertébrale cervicale n'est pas normale : les apophyses épineuses des deux ou trois vertèbres inférieures sont très épaisses, très saillantes et comme soudées. Peut-être trouverons-nous de ce côté une indication sérieuse.

Discussion.

M. SANO. — L'application du forceps aurait dû atteindre le facial en même temps que l'hypoglosse. Du reste, ce nerf n'est pas sectionné, puisque la restauration se réalise.

M. BOUCHE. — Je reconnais bien volontiers que les paralysies faciales sont de loin les plus fréquentes comme suite à l'application du forceps. Je partage entièrement l'avis de notre confrère Sano sur ce point. Cependant, en cette matière, tout dépend de la présentation de l'enfant et de la manière de placer le forceps.

Des cas ont été publiés encore récemment par des accoucheurs, notamment par Devé, et cette hémiatrophie a même fait l'objet d'une thèse, il y a un an ou deux. Notez qu'en pareil cas les troubles de la succion, qui constituent au début le symptôme le plus frappant, s'atténuent rapidement. L'hémiatrophie s'installe, elle est définitive, mais la motilité n'est guère troublée, tout comme chez le malade que nous avons examiné ensemble il y a quelques instants.

M. SANO cite un cas d'hémiatrophie congénitale de la langue, stationnaire depuis vingt ans, ne donnant lieu à aucun symptôme du côté de la parole et des mouvements de la langue. Cette hémiatrophie est purement héréditaire, le forceps et l'accouchement n'y sont pour rien.

Un cas de sclérose combinée subaiguë associé à l'anémie pernicieuse

M. BOUCHE. — Le malade que j'ai présenté à la Société en décembre 1908 est décédé ; l'autopsie a démontré qu'il n'y avait aucune compression médullaire.

M. CROCQ. — L'examen microscopique devrait être fait pour démontrer qu'il s'agit bien d'une myélite due à l'anémie pernicieuse ; le début a été brusque, mais rien ne prouve qu'antérieurement n'existait pas déjà une lésion qui s'est aggravée subitement sous l'influence des chagrins éprouvés par le malade. Nous voyons quelquefois des lésions congénitales exploser bursquement sous l'influence d'une cause banale. Je me rappelle le cas d'un employé de la Banque nationale, qui se maria il y a cinq ans ; quelques semaines après son mariage ,ce sujet éprouva des difficultés dans la marche, une paraplégie spasmodique évolua rapidement. Je fus appelé il y a trois ans, et je constatai l'existence d'une syringomyélie lombaire des plus typiques. Le mariage avait donc fait naître une maladie dont l'origine doit être congénitale.

Discussion de la question de l'hystérie
(*Suite*)

M. CROCQ. — Nous avons successivement discuté les six premières questions concernant notre enquête sur l'hystérie. Avant de passer à la solution du septième paragraphe, je me permettrai de faire remarquer que nous avons omis de répondre catégoriquement à la cinquième question en nous laissant entraîner par la valeur du « facteur temps » constituant la sixième question.

Je crois qu'il est nécessaire que nous réparions cet oubli, afin de marcher d'un pas plus sûr vers l'élaboration de nos conclusions définitives.

Voici le texte de la cinquième question :

« *Le pithiatisme, c'est-à-dire les manifestations susceptibles de se produire et de guérir par suggestion, peut-il exister en dehors de l'hystérie? En d'autres termes, y a-t-il des manifestations morbides autres que l'hystérie que la suggestion peut guérir? Dans l'affirmative, quelles sont ces manifestations et à quelles maladies appartiennent-elles?* »

Il ressort clairement de nos discussions antérieures que nous admettons tous l'existence du phitiatisme en dehors de l'hystérie ; en d'autres termes, nous pensons que la suggestion peut guérir d'autres manifestations morbides que celles de l'hystérie. Mais le questionnaire exige une précision plus grande : il demande *quelles sont ces manifestations ?*

M. SANO cite certains tics non hystériques pouvant guérir par la suggestion.

M. DECROLY. — Parmi les troubles qui ne sont pas nécessairement de nature hystérique et qui sont cependant susceptibles de s'améliorer grâce à la suggestion, il faut citer certaines incontinences urinaires.

M. BOULENGER. — On peut certainement faire rentrer les obsessions et les phobies dans les affections guérissables par la suggestion, telle que nous l'avons définie, c'est-à-dire la suggestion phénomène biologique, donc sous sa forme consciente, aussi bien que sous sa forme inconsciente, sa forme lente ou sa forme brusque.

M. BOUCHE. — On a aussi obtenu des résultats par l'hypnotisme dans le tabès, et c'est incontestablement un moyen pour en atténuer certains symptômes.

M. CROCQ. — Il ne faut pas perdre de vue qu'il existe de nombreuses associations organo-hystériques dans lesquelles la suggestion peut guérir les symptômes névrosiques sans atteindre les manifestations organiques.

M. WILLIAMS. — S'il s'agissait de la question de la manifestation du pithiatisme en dehors de l'hystérie, la discussion de la Société de Neurologie de Paris n'a pas été, à mon avis, orientée de façon précise et claire. L'origine de cette confusion est due à Déjerine, quand il a parlé des fausses gastropathies. Personne n'a nié ses déclarations que ces faux gastropathes sont de vrais neurasthéniques, et par conséquent les conclusions finales auxquelles ont abouti les questions précédentes ont été nulles.

Le problème, cependant, devient fort simple quand on regarde de près l'histoire des fausses gastropathies qui se guérissent chez Déjérine, comme il y a insisté à maintes reprises. La distinction fondamentale entre ses procédés et ceux qui étaient employés par Weir-Mitchell est la psychothérapie franche, c'est-à-dire la rééducation rationnelle du malade, laquelle consiste en premier lieu à enlever l'*idée fausse* qu'il se fait ou se crée sur l'état de son estomac.

Cette idée a sa source, selon Déjerine, et je suis absolument d'accord avec lui, dans une suggestion d'autrui, c'est-à-dire que la gastropathie répond à la définition de l'hystérie de Babinski en étant « un symptôme produit par suggestion et enlevé par persuasion ». Je reviendrai sur le sens qu'il convient, selon moi, de donner à ces mots.

Bien entendu, je ne parle que des malades qui guérissent. Il y en a d'autres, d'abord toute une série de psychasthéniques dans le sens que Janet a donné à ce mot, présentant des phobies multiples vraies, les obsessions pénibles qui se forment et disparaîtront, et les phénomènes d'angoisse, qui ne sont autre chose que la susceptibilité hystérique cachée; ils guérissent, comme Janet y a insisté; j'ai exposé par ailleurs le diagnostic de ces affections. *(Archives of Diagnosis,* New-York, janvier 1909.)

En second lieu, on trouve les vrais aliénés, les cénestopathes dans le sens de Dupré, des démences précoces et certains mélancoliques hyponcondriaques sur lesquels je n'ai pas de raisons pour m'étendre plus longuement. Dans tout ce groupe, une chose est certaine, c'est qu'ils ne guérissent pas par la psychothérapie, comme le font les malades dont Déjerine parle. Les psychasthéniques mêmes ne se guérissent pas complètement de leurs phobies de l'estomac. Ils s'améliorent peut-être, à la longue, par une rééducation suivie et très spéciale; mais ce traitement est autre chose que la suggestion-persuasion, qui seule est capable de guérir les fausses gastropathies qui sont les vraies gastropathies hystériques.

Parlons maintenant de leur soi-disant neurasthénie. Ce n'est que le résultat d'une tendance banale, comparable à une paralysie flasque ou à une contracture hystérique. Lorsque les muscles ne fonctionnent plus, ils deviennent moins forts et exigent même quelques semaines avant de se réparer, même après que l'on aura chassé l'idée fixe à la base de la soi-disant paralysie.

Il en est de même pour l'estomac. En ne mangeant plus, les malades s'affaiblissent de plus en plus, et la digestion ne pourra plus se faire, même si l'idée fausse venait à être chassée. De même que les muscles, l'estomac exige l'exercice pour se rétablir. Les phénomènes qui se passent après le jeûne le démontrent. C'est un véritable miracle que semble faire le praticien en donnant ainsi à manger après une abstinence prolongée. Il en est de même pour les autres symptômes neurasthéniques. Il faut du temps, même pour faire disparaître la vraie faiblesse des muscles, qui est un phénomène purement secondaire et banal. Il en faudra autant pour faire disparaître les résultats du jeûne prolongé dans une fausse gastropathie. Bien entendu, la faiblesse par représentation mentale est susceptible de disparaître d'emblée. Et ceci est une grande source de confusion. Une des sources de la confusion qui s'est produite

dans la discussion à Paris a été la fatigue toute intellectuelle et les phénomènes émotionnels consécutifs. J'espère qu'à Bruxelles on pourra éviter cette source d'erreurs.

Il faut donc deux procédés pour guérir les faux gastropathes. Et c'est ce que Déjerine fait : 1° il enlève la cause primitive, l'idée fixe fausse ; 2° il rétablit les forces du malade, grâce au repos et à une alimentation convenable.

La neurasthénie dont les malades souffrent est la conséquence indirecte de leurs chagrins qui empêchent effectivement un métabolisme normal. Non seulement le suc gastrique ne se sécrète pas, mais il se sécrète mal, et il est très probable qu'en même temps le foie est très ralenti dans son activité

De plus, la préoccupation continuelle de leur santé entrave les opérations du système nerveux et circulatoire, qui est très susceptible aux influences extérieures, voire les états émotionnels provoqués par l'influence psychique. Il n'est pas difficile, dès lors, de comprendre comment une influence psychique continue peut produire une modification chronique des sécrétions, sans qu'elle ne laisse voir aucun symptôme émotionnel aigu proprement dit. Et c'est cette influence dépressive agissant à chaque repas qui entrave « la joie qui fait grossir ».

Le mécanisme psychique des neurasthénies ou névroses traumatiques est absolument le même, sauf que les préoccupations sont plus vagues et plus générales, et que la crainte est plus grande à cause d'une suggestion du milieu plus pernicieux. Mais, au contraire, l'amaigrissement est moins prononcé parce que le malade reste capable de manger, tandis que, dans les cas sérieux, le faux gastropathe ne mange presque rien.

Mais la guérison des névroses traumatiques se fait assez facilement par la suggestion-persuasion, lorsqu'on sait s'y prendre. S'ils étaient soumis au régime de Déjerine, presque tous guériraient. Quand l'idée fausse est tenace et de longue durée, il faut souvent beaucoup de temps pour l'enlever. Mais il arrive souvent que d'un seul entretien résulte une guérison complète après quelques semaines, comme dans le cas que je viens de relater au Congrès international des accidents industriels, à Rome. Le moyen consiste en l'enlèvement d'une idée fausse née par suggestion. Le principe de cette guérison consiste à introduire la vérité dans l'esprit du malade et à l'y maintenir. La cure peut se faire soit par suggestion, soit par persuasion ou par les deux procédés. Si la maladie dure depuis longtemps, il faut procéder à toute une rééducation, à une nouvelle orientation des idées. La fausse neurasthénie de ces malades, dans la plupart des cas, disparaîtra seule, sans être soignée. Aussitôt que la préoccupation de son état n'existera plus, le malade se rétablira, à moins que sa soi-disant neurasthénie ne soit entretenue par des soins médicaux. C'est pourquoi il est possible de signaler d'autres maladies quelconques qui peuvent disparaître sous l'influence de la suggestion persuasive.

Je voudrais enfin vous dire quelques mots au sujet de la distinction à faire entre la suggestion et la persuasion. Et d'abord je ne suis pas aussi pessimiste que de croire qu'il faille nous passer de la psychologie pour faire leur distinction, et que par suite il faille recourir à la téléologie pour pouvoir la faire. En effet, il ne s'agit pas d'une différence de but,

mais d'un processus différent ou tout au moins de degrés tellement éloignés qu'ils ne peuvent se confondre. Une idée suggérée est pour moi une idée qui est acceptée sans que le sujet sache pourquoi et comment il accepte, tandis qu'une idée due à la persuasion est acceptée par un sujet qui reconnaît parfaitement tout le processus du raisonnement qui l'a convaincu. Si la conclusion est fausse, c'est à cause de mauvaises prémisses. Etre persuadé suppose une pondération intérieure. Etre suggéré suppose une simple réflexion, comme celle du miroir. Je ne veux pas m'étendre plus longuement sur ce sujet, sur lequel d'ailleurs j'ai discuté dernièrement. (*Alienist and Neurologist*, Mars 1909.)

M. SANO. — Pour M. Williams, les gastropathes sont donc des hystériques.

M. WILLIAMS. — Non, tous les gastropathes ne sont pas sous l'influence de l'hystérie. Il y en a qui doivent leur gastropathie à cette affection, d'autres la doivent à des obsessions vraies. En somme, les faux gastropathes ne peuvent se guérir qu'en proportion de leur hystérie. Sur ce point, je suis d'accord avec Babinski.

M. BOUCHE rapporte le cas d'un faux gastropathe qui dut sa maladie aux paroles maladroites des médecins qu'il avait consultés. Le malade finit par souffrir réellement de l'estomac. M. Bouché dépista la suggestion médicale, fit disparaître les céphalées par le port de lunettes appropriées et guérit son patient.

M. DEBRAY. — Le cas que vient de nous exposer M. Bouché ne peut être classé dans l'hystérie. Les fausses maladies dont son malade se croyait atteint lui étaient *persuadées* par les médecins qu'il a consultés.

Ce malade ne pouvait avoir aucun contrôle sur les opinions médicales émises devant lui. La présomption d'affection gastrique dont il aurait souffert était corroborée par la céphalalgie dont il se plaignait. De même, plus tard, l'affection cardiaque dont un médecin le déclarait atteint pouvait entraîner la production de ses maux de tête, par vice de circulation sanguine.

Il n'a pas fallu de suggestion ni même de persuasion pour amener la cessation des troubles dont ce malade se plaignait; l'enlèvement de la cause qui entraînait la production de ces douleurs fit cesser tous les symptômes de cette fausse cardiopathie ou gastralgie. Ce malade était réellement un faux cardiaque et un faux gastralgique par persuasion. Il n'était pas hystérique et ne pouvait — vu son ignorance de la médecine — établir un contrôle sur ce que lui affirmaient ses médecins.

M. WILLIAMS. — Toute idée reçue par le cerveau, sans contrôle, est hystérique. Dans ce sens, l'enfant est un hystérique, en grande partie du moins, parce qu'il est ignorant. Mais nous n'appelons hystériques que les suggestions excessives qui produisent des phénomènes pathologiques, c'est-à-dire qui imitent les maladies. Il y a en outre toute une série de réactions dues aux suggestions qui appartiennent aux sociologues, aux pédagogues ou aux savants.

M. CROCQ fait remarquer que l'on s'écarte du sujet.

Après discussion, la Société admet la solution suivante pour la cinquième question :

Le pithiatisme, c'est-à-dire les manifestations susceptibles de se produire et de guérir par suggestion, existe en dehors de l'hystérie, notamment dans certains cas de tics, d'incontinence d'urine, d'obsessions, de phobies, etc.

M. CROCQ. — Nous arrivons à la septième question :

Peut-on, par suggestion, guérir l'hystérie ou ne peut-on que faire disparaître certaines manifestations d'un état plus profond?

Cette question a été négligée dans le questionnaire de la Société de Neurologie de Paris. Elle est cependant des plus importantes, et mérite toute notre attention.

Pour ma part, je n'hésite pas à répondre que la suggestion *ne guérit pas l'hystérie :* elle peut en faire disparaître les symptômes, mais elle ne touche pas au fond morbide. Nous avons vu des paralysies, des anesthésies, des troubles de tous genres guérir par la suggestion, mais nous avons aussi pu constater que la disparition de ces symptômes ne changeait en rien le tempérament hystérique qui est constitutionnel, qui persiste malgré tout et se confirme plus tard par d'autres troubles dont l'origine est identique. C'est ce qui fait dire à certains médecins que la suggestion ne fait que créer de nouvelles manifestations en lieu et place de celles qu'elle fait disparaître.

M. BOUCHE cite le cas d'une jeune fille sujette à des accès d'hystérie au cours d'une chlorose. Les accès disparurent après guérison de la chlorose ; mais, plus tard, cette jeune fille fit une chute et resta paralysée ; la suggestion guérit sa paralysie. On serait donc tenté de dire qu'il y a des hystéries créées par des intoxications ou des variations du métabolisme organique.

M. CROCQ. — Le cas de M. Bouché prouve, au contraire, que l'hystérie constitutionnelle persiste malgré la disparition des symptômes momentanés. Cette jeune fille n'a pas été *guérie* de son hystérie par le traitement antichlorotique, puisqu'un peu plus tard on voit réapparaître des symptômes névrosiques. Elle est restée hystérique constitutionnelle, de même qu'elle était brune ou blonde.

M. LEY. — Il me semble que nous pouvons dire que la suggestion sans contrôle est capable de faire disparaître des phénomènes hystériques, mais que la persuasion peut guérir l'hystérie, ou du moins l'améliorer. Et j'entends par persuasion, la suggestion avec contrôle ou l'analyse mentale de Freud. C'est en réalité toujours l'éducation mentale.

M. SANO. — M. Ley veut-il parler de l'éducation mentale pendant l'évolution du jeune hystérique?

M. LEY répond affirmativement.

M. BOULENGER. — Il est certain que l'hystérie offre une série de symptômes qui ont surtout attiré l'attention du grand public. Ces symp-

tômes, que l'on s'est surtout plu à guérir au début par l'hypnose, la suggestion brutale, sont en somme l'accessoire; ils dénotent un état plus profond, que l'on peut appeler terrain pathologique. Ce terrain, notre confrère Williams le conçoit non seulement comme congénital, mais aussi comme acquis dans d'autres cas. Et il a raison, à mon avis. Mais, d'après notre définition de la suggestion, c'est surtout ce terrain que nous pourrons améliorer, transformer par une suggestion méthodique, progressive en définitif, une véritable rééducation, surtout pour les sujets les plus jeunes, les plus actifs. C'est pourquoi je vous propose la réponse suivante à la septième question : « La suggestion rapide et sans contrôle peut supprimer les symptômes hystériques, mais le terrain subsiste; toutefois la suggestion prolongée et méthodique avec contrôle peut améliorer considérablement ce terrain pathologique. »

M. WILLIAMS. — J'ai eu l'occasion d'observer une jeune fille qui n'avait jamais été traitée par un médecin. A la suite de chagrins d'amour, elle fit six mois de dépression mentale. Mais, au bout de ce temps, elle se dit que c'était une bêtise que de se laisser aller ainsi, et elle s'est guérie par autosuggestion. Dans la suite, elle eut une rechute, qu'elle a guérie de la même façon. C'est une hystérique vraie, mais qui, capable de faire sa propre éducation, arrive à se guérir elle-même. Le fond n'est pas complètement guéri, néanmoins elle-même est capable de faire disparaître un symptôme hystérique par auto-persuasion et, toujours en étant une emballée, comme elle le dit elle-même, elle a su se maîtriser et aussi se mettre de plus en plus à l'abri de la suggestion. C'est en effet le commencement d'un changement de caractère qui s'effectue et qui peut aboutir à la disparition de sa tendance à être suggérée ou même à être malade. C'est-à-dire qu'elle arrive à la guérison du terrain hystérique.

Je voudrais vous dire, en terminant, quelques mots sur les réflexes, que l'on trouve souvent exagérés et quelquefois diminués chez les hystériques. Ce trouble n'est pas dû aux représentations mentales hystériques, mais bien aux modifications physiques, intoxications, œdèmes, stases circulatoires, et qui sont *parfois* à la base de l'exagération de la suggestibilité qui constitue l'hystérie. Les deux phénomènes, quoique complètement indépendants l'un de l'autre, ont une source commune dans ce cas : une perturbation nerveuse d'origine physique.

M. CROCQ. — Cette observation démontre bien qu'il est difficile d'affirmer la guérison de l'hystérie, puisque cinq, dix, vingt ans après la disparition des symptômes, on voit reparaître de nouvelles manifestations. Il est permis de rapprocher la guérison de l'hystérie de celle de la syphilis, et de dire que toujours celui qui a été atteint de l'une de ces maladies est sous le coup d'un accident; je tiens cependant à formuler cette réserve que la curabilité de la syphilis me paraît plus démontrée que celle de l'hystérie.

M. LIBOTTE. — Ne croyons pas avoir déterminé l'hystérie d'une façon irréprochable. Si nous ne nous montrons point partisans des idées subversives de M. Babinski, nous ne pouvons point avoir la prétention d'avoir beaucoup fait avancer la question en discussion.

Il y a non seulement la névrose à déterminer, mais il y a aussi à

séparer de la véritable hystérie — qui, comme l'a très bien dit M. Crocq, est une affection incurable quant au fond, mais curable symptomatiquement — les symptômes hystériformes, qui sont parfaitement curables, et qui ne se rattachent point à l'organisation nerveuse de l'hystérie.

Aussi je ne puis admettre que, dans un couvent, si l'on a remarqué qu'à la suite d'une attaque hystérique chez une véritable hystérique toutes les compagnes présentent une même attaque, celles-ci soient des hystériques. Elles présentent tout simplement un symptôme hystériforme dû à une disposition temporaire.

Une attaque d'hystérie, pas plus que le pithiatisme, ne constitue toute l'hystérie.

Que si vous vous bornez à des cas que vous avez vus dans votre pratique, que si vous rejetez toutes les observations précédentes, qui sont parfois notoires et indubitables, comme la contagion d'une attaque d'hystérie dans un couvent, vous fermez volontairement les yeux sur des faits cliniques, vous altérez la vérité, et vos conclusions sont fausses.

M. CROCQ. — Il y a certes beaucoup d'hystériques dans les couvents. Il est tout naturel, du reste, qu'il en soit ainsi puisque les hystériques ne connaissent aucune limite pour le bien comme pour le mal. Tantôt elles deviennent prostituées, tantôt des saintes, tout dépend des circonstances dans lesquelles elles se trouvent.

L'hystérie n'exclut du reste pas une haute intellectualité; l'histoire regorge de faits prouvant que des hautes personnalités étaient hystériques.

Après discussion, la Société arrête la réponse suivante à la septième question :

La suggestion BRUSQUE, sans contrôle, peut supprimer les symptômes hystériques sans modifier sensiblement le terrain morbide ; la suggestion LENTE, prolongée et méthodique, avec contrôle, peut améliorer ce terrain, particulièrement pendant la période d'évolution.

Séance du 31 juillet 1909. — Présidence de M. le docteur DECROLY.

Hémiatrophie de la langue

M. BOUCHE présente des radiographies démontrant la fracture de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre cervicale chez le malade présenté à la séance précédente. Cette fracture existe du côté de l'atrophie. Il est assez étonnant, vu la localisation, que seul l'hypoglosse soit lésé.

M. SANO. — La lésion que démontre la radiographie n'est-elle pas constituée par la présence d'une côte supplémentaire? Cela n'aurait rien d'étonnant chez un dégénéré présentant une malformation anatomique.

M. BOUCHE. — Ces côtes se développent plutôt vers le bas de la région, vers la sixième ou septième vertèbre. Je crois plutôt à une fracture.

M. GLORIEUX. — Le cas que vient de nous présenter le docteur Bouché est de plus intéressants. A côté des diverses considérations qu'il

vient d'exprimer pour s'acheminer vers un diagnostic probable, je me permettrai d'attirer son attention sur la possibilité d'un vacuole syringomyélique dans le bulbe.

J'ai eu, il y a une dizaine d'années, l'occasion d'observer un cas typique de syringomyélie bulbaire. Le souvenir m'en est resté d'autant plus vivace qu'il s'agissait d'un jeune Israélite qui voulait se marier.

Avant de donner cette autorisation, je lui conseillé d'aller consulter une sommité médicale de Paris, qui, vu l'état stationnaire des lésions depuis de nombreuses années, autorisa le mariage. J'ai perdu ce malade de vue, et j'ignore sa situation actuelle. Chez mon malade, il existait une hémiatrophie très nette de la langue et des troubles syringomyéliques du côté de la main droite (atrophie musculaire, dissociation de la sensibilité, troubles moteurs).

S'il est des syringomyélies dont l'évolution s'arrête complètement à un stade déterminé, il en est d'autres qui, après un stade plus ou moins stationnaire, reprennent leur marche progressive : voilà pourquoi, de mon côté, je n'aurais pas osé autoriser le mariage de mon malade.

M. BOUCHE. — Comme je l'ai dit tantôt, mon examen n'a pu être qu'assez rapide; j'ai vu le malade une première fois, il était dans le coma, la seconde fois que je l'ai vu, c'était hier; et je n'ai eu le temps ni de faire un examen électrique, ni de faire prendre une radiographie. Cependant l'examen de la sensibilité thermique a été fait avec soin et n'a révélé aucune altération.

En ce qui concerne la légère déviation de la colonne vertébrale que l'on constate, je crois pouvoir en rapporter la cause à l'attitude vicieuse habituelle du sujet et à ses travaux de bêchage et autres. Beaucoup de paysans se tiennent mal, marchent l'épaule droite abaissée, et la rectitude de la colonne vertébrale s'en ressent.

Au surplus, le malade devrait être examiné au point de vue électrique. J'aimerais aussi d'avoir quelques détails sur son hérédité et de voir si aucun des quatre enfants du sujet ne présente d'anomalie semblable.

Je tâcherai, Messieurs, de me satisfaire sur tous ces points, et je vous tiendrai au courant de ce que je pourrai relever d'intéressant.

M. DECROLY. — N'y a-t-il pas ici une simple diminution de volume congénitale du muscle.

M. BOUCHE croit à une lésion de l'hypoglosse; il a cherché à reproduire le même traumatisme sur le cadavre et a constaté que ce nerf est bien placé pour en souffrir; les accoucheurs et les chirurgiens ont décrit ces lésions de la langue.

M. DUSTIN croit qu'on peut, dans ce cas, songer à une simple lésion musculaire.

M. SANO. — Les réactions électriques, après une section nerveuse, ne sont changées qu'au début. Quelques années plus tard, il y a des réactions normales lorsqu'il y a eu régénération de quelques fibres. Il y a réaction de dégénérescence seulement après section d'un nerf ou dans les lésions en voie de régression.

Arthropatie tabétique

(Présentation du malade)

M. BOUCHE présente un cas de tabes typique avec arthropathie et ulcère perforant. Les sensibilités présentent les modifications classiques. La sensibilité vibratoire est très atténuée surtout du côté de l'arthropathie.

Le début de l'affection fut brusque; le malade s'est fait une entorse avec fracture en dansant; il s'est remis dans le délai normal, mais a eu pendant la convalescence une récidive de fracture. La partie inférieure de la jambe est restée gonflée. Ensuite il a présenté des douleurs fulgurantes et du gonflement des jambes. L'arthropathie a suivi la fracture. Les symptômes tabétiques ont continué à se manifester : crises diverses, précipitation de la miction. Le début du tabes par arthropathie est assez fréquent. Le rôle de la fracture dans la genèse de cette arthropathie est important.

M. DEBRAY. — J'ai souvent vu l'arthropathie se développer chez de vieux tabétiques. L'arthropathie du début dans le tabes est une exception. D'ailleurs, si nous examinons le mécanisme de sa production, nous devons comprendre qu'il doit en être ainsi.

C'est certainement par suite d'altérations du grand sympathique que l'arthropathie prend naissance. Nous savons que les premières lésions du tabes siègent exclusivement dans les cordons postérieurs. Nous savons également que le grand sympathique nait de la corne latérale. Or, à moins d'admettre que toute la région latérale postérieure de la moelle soit prise en même temps, nous devons adopter comme mécanisme de la production de l'arthropathie une extension de la lésion des cordons postérieurs à la corne latérale.

M. BOUCHE rappelle l'arthropathie prétabétique décrite par Charcot. Cette affection est toutefois plus fréquente chez le vieux tabétique.

M. GLORIEUX se demande si dans l'exploration de la sensibilité vibratoire on fait facilement la part des sensibilités cutanée et osseuse.

M. BOUCHE. — La question est encore discutée; on sent cependant encore la vibration osseuse alors qu'on ne perçoit plus la sensation à la peau.

M. SANO. — C'est le périoste qui recueille les sensations de l'os. Il y a dans les os, au cours de la syringomyélie, des territoires sensibles, d'autres insensibles. Il faut employer un diapason à vibrations rares (64 par seconde). C'est ainsi qu'on obtient le moins de sensations auditives.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude du syndrome confusionnel considéré comme premier stade de la démence précoce. Evolution de ces états sur un terrain diathésique particulier. Essai de traitement (1)

par le Dr Jacques HAMEL

Il faut évidemment s'entendre, en médecine mentale comme partout ailleurs, lorsqu'on parle entre médecins français, et surtout dans les congrès internationaux. C'est là l'utilité incontestable des celassifications. D'autre part, en médecine mentale, il a été possible jusqu'ici d'isoler des types morbides particuliers, surtout en ce qui concerne des affections reconnaissables à des symptômes physiques, liés à un substratum anatomique, comme la paralysie générale et la démence organique. Au contraire, en ce qui concerne les maladies appelées encore par beaucoup les psychonévroses, il semble qu'il s'agisse beaucoup plus d'une question de mots. Sur ce point, on a voulu quand même aboutir à des classifications. Chacun apporte la sienne; mais on n'arrive pas à s'entendre. Qu'est-ce par exemple que le délire « systématisé fantasque » à côté du délire systématisé progressif, celui-ci n'étant même pas admis par tous les auteurs? La chose est encore plus évidente à propos de ce qu'on a appelé la démence précoce, que certains veulent être une entité morbide toute spéciale, alors que d'autres se refusent à admettre cette conception.

La démence précoce existe-t-elle, ou au contraire, n'est-elle pas une entité clinique bien définie? D'innombrables travaux ont déjà été écrits sur cette question sans qu'on soit arrivé à la solutionner. On ne peut s'empêcher de se reporter l'esprit, à ce sujet, jusqu'aux discussion scholastiques qui se tenaient entre nominalistes et réalistes sur l'ancien parvis Notre-Dame. Peut-être s'est-on trop attardé jusqu'ici dans l'étude des différents délires, qui sont naturellement variés jusqu'à l'infini, puisqu'ils ne sont qu'une réaction personnelle à chaque malade. En médecine générale, on a dit : Il n'y a pas une pneumonie, il y a des pneumoniques; il n'existe pas de maladies, il n'y a que des malades. La réflexion est tout aussi vraie en médecine mentale; celle-ci, jusqu'à présent, a été trop étudiée au point de vue des idées délirantes. Les médecins aliénistes sont d'ailleurs d'accord sur la nécessité d'arriver à une classification

(1) Travail du service de M. le Dr Dezwarte, médecin-chef à l'asile de Maréville.

étiologique, et c'est évidemment ce but qu'il s'agit d'atteindre. Prenons par exemple trois malades, qui présentent des hallucinations de l'ouïe. Le premier réagit à ces hallucinations, les interprète comme venant du dehors, les attribue à telle secte religieuse ou politique; à la suite de ces interprétations, il commet un meurtre. Voilà un délirant systématisé progressif. Le second malade, au contraire, tout aussi halluciné que le premier, interprète ces troubles désagréables comme étant le fait d'un châtiment mérité; c'est une punition du ciel, par exemple, si le malade est religieux. Ce second malade en vient à une tentative de suicide. Celui-là est un mélancolique. Pourquoi mettre dans deux classifications dont l'étiquette est si différente deux individus dont les troubles mentaux initiaux sont absolument les mêmes, et qui se différencient seulement suivant leur affectivité? Un troisième, enfin, halluciné de l'ouïe comme les deux premiers, ne réagira pas du tout; il se contentera de porter sur lui (et nous avons ici à l'esprit un malade de notre service) des objets quelconques, plumes, morceaux de papier, auxquels il attribuera une influence préservatrice.

Nous ne voyons pas, pour nous, de moyen de diagnostic différentiel, entre les hallucinations de l'ouïe d'un délirant systématisé, et celles d'un mélancolique. Ce qui fait la différence entre les deux, c'est la différence de réaction : un phénomène désagréable peut être toléré par l'un et mal supporté par l'autre.

Ces faits ne démontrent-ils pas qu'il est nécessaire de remonter plus loin qu'à la modalité du caractère de l'individu. Le bon sens populaire a toujours attribué des manières d'être spéciales à certaines constitutions individuelles : le sanguin est emporté, le bilieux a des rancunes tenaces, le lymphatique est sans énergie. De sorte qu'en définitive, ce sont ces différences de constitution qui donnent aux délires leur forme particulière, pour un même trouble initial; et en dernier ressort, c'est à la constitution de l'individu qu'il faut remonter, disons le mot, à sa diathèse.

Le beau discours prononcé par sir Dyce Duckworth (1), au mois de février dernier, devant la Faculté de Médecine de Paris, nous a rappelé la nécessité de revenir aux anciennes conceptions cliniques, un instant compromises par des théories nouvelles, basées surtout sur des expériences de laboratoire.

« Un des résultats de nos études modernes, dit-il, est de nous » faire envisager l'homme comme une unité vivante, avec une con- » formation corporelle exacte, avec un système trophique et un » métabolisme uniformes pour tous les individus; et de négliger les » singularités des tissus, les penchants définis, et les variantes du

(1) *Presse médiaale*, 19 février 1909.

» métabolisme intime. » Il n'en devrait pas être ainsi, et si l'on ne parle plus guère des anciens tempéraments, « du moins peut-on » reconnaître quatre dispositions spéciales du corps humain : » l'*arthritique,* le *scrofuleux ou lymphatique,* le *nerveux* et le » *bilieux.* »

Sir Dyce Duckworth s'étonne encore que l'on ait pu songer à faire rentrer l'arthritisme dans la tuberculose. Nous partageons ses vues, et comme lui, nous pensons qu'en thérapeutique, il faut non seulement détruire la semence, mais encore enrichir et remonter le terrain affaibli.

Mais, viendra-t-on objecter, ce qui fait que la médecine mentale a une physionomie si particulière, c'est l'hérédité, si importante en psychiatrie. Nous répondrons à cela que l'hérédité est de notion courante à propos de toutes les affections : ne sait-on pas qu'il y a une hérédité cardiaque, cancéreuse, tuberculeuse, arthritique? Notre article a justement pour but d'appuyer cette idée que les affections mentales comme toutes les autres ressortissent en dernier lieu à une diathèse, qu'elles éclatent à l'occasion de troubles généraux. La preuve de cette contingence entre les affections mentales et les diathèses a d'ailleurs déjà été vue : on sait très bien que le diabète, dans une même famille, est associé à la folie, à l'épilepsie, à l'hystérie, au tabes, à la paralysie générale, et jusqu'au goître exophtalmique. Il s'agit, en somme, d'équivalents diathésiques, si l'on peut ainsi dire. Trousseau avait déjà vu il y a longtemps que la goutte, l'asthme, le rhumatisme, la gravelle, l'obésité et la lithiase biliaire n'étaient que des modalités d'une expression diathésique invariable : l'arthritisme. Il s'agit seulement de mutations. Les tableaux et les statistiques qui ont paru dans les *Archives de Neurologie,* de novembre 1891, nous en donnent des exemples que nous allons rappeler : Un père épileptique a cinq enfants, dont quatre épileptiques et un diabétique. Un père diabétique, mort dans le coma, a eu deux enfants, dont l'un est diabétique, tandis que l'autre est atteint de tabes. Une grand'mère aliénée enfin, a une fille nerveuse, qui crée une fille épileptique et un fils diabétique.

La souche arthritique et la souche nerveuse, cette dernière engendrant la prédisposition aux affections mentales, sont issues d'un même tronc.

D'ailleurs, on ne peut s'empêcher de remarquer combien deux affections telles que la goutte et l'épilepsie, si distantes en apparence, présentent de points communs : toutes deux procèdent par crises, et comme dans l'épilepsie, les attaques de goutte sont suivies d'une sensation de bien-être, qui ne se produit pas quand la crise a été empêchée ou arrêtée dans son cours. N'y a-t-il pas des *équivalents épileptiques,* où l'on voit les malades présenter des températures énormes, et souvent succomber, comme il y a des *gouttes*

remontées? Ce sont là, sans doute, des phénomènes métastatiques comparables : de même que chez l'épileptique la suppression artificielle des crises par le bromure n'est pas sans inconvénient, et que l'on voit le malade réclamer l'abandon du remède; de même chez le goutteux on doit parfois susciter la crise locale avortée, par des applications chaudes, pour éviter des accidents généraux graves. On pourrait admettre que ce ne sont là que des analogies apparentes, et sans valeur au point de vue de la nature même de la maladie, si les phénomènes d'alternance que nous signalons plus haut ne venaient éclairer ces faits d'un jour spécial.

Cette idée générale que les affections mentales ne sont en dernier lieu que des mutations diathésiques, n'est donc pas une nouveauté. Elle paraît seulement avoir été oubliée : Trousseau, qu'il faut encore citer, avait vu par exemple que la douleur de l'angine de poitrine part souvent de la main pour monter rapidement vers le tronc du malade à la façon d'une aura; et il n'avait pas hésité à penser que l'angor pectoris est parfois une névralgie épileptiforme, une manifestation de l'épilepsie.

D'ailleurs, n'apparaît-il pas qu'on s'achemine vers cette voie. Il semble qu'actuellement les discussions sur la valeur objective de types classés d'affections mentales se soient singulièrement avivées. Chacun sent le besoin d'élargir des conceptions, d'agrandir des cadres qu'on comprend ne plus être en réalité conforme avec les faits observés. Les barrières trop étroites, les délimitations trop précises, les catégories qui avaient été créées paraissent trop restreintes. Klippel avait déjà dit qu'il y avait *des* paralysies générales. Récemment, MM. Rémond et Voivenel ont décrit le *syndrome* paralytique, s'attaquant à l'ancienne conception d'*une paralysie générale vraie* et de *pseudoparalysies* (1). M. Vallon, dans une séance de la Société de Psychiatrie (2), a porté sur la démence précoce un jugement analogue : « Il y a, a-t-il dit, non pas *une* » démence précoce, mais *des* démences précoces, consécutives à la » confusion mentale, à l'hébéphrénie, à la catatonie, etc... »

Dans les mêmes circonstances, M. Gilbert Ballet, plus catégorique, parle « du groupe complexe et mal délimité des démences précoces ». Il estime que le schéma qu'en ont tracé quelques auteurs est encore très arbitraire, et conclut : « Je pense que pour nous » orienter dans l'étude d'un syndrome variable quant aux détails » de sa symptomatologie, et certainement des lésions qui le déterminent, le mieux est encore de nous borner à recueillir des obser» vations cliniques et anatomo-pathologiques soigneusement

(1) *Encéphale*, 10 octobre 1909.
(2) *Id.*, décembre 1908, pp. 654 et 655.

» prises. » M. Roubinovitch a parlé à son tour de la démence précoce comme d'une entité qui menace de submerger toute la psychiatrie moderne. Comment donc s'y reconnaître dans ce « groupe complexe et mal délimité » pour reprendre les expressions de M. Gilbert Ballet; quel sera le lien qui réunira ces manifestations si disparates, ces complexus si variables qu'il a fallu ramener à n'être plus que des syndromes. Actuellement, nous en sommes à ne plus oser étiqueter nos cas. Nous pensons, pour notre part, que la liaison entre tous ces phénomènes si disparates sera la diathèse, et c'est l'essai de rattachement d'un complexus symptomatique spécial à une diathèse particulière que nous avons tenté dans cet article.

Ainsi que nous l'avons vu, il semble qu'il n'y ait plus dès à présent de paralysie générale, mais un syndrome paralytique. Nous avons montré aussi comment la démence précoce, telle qu'on la concevait jusqu'ici, venait d'être touchée à son tour; le temps n'est plus loin peut-être ou les symptômes qu'on croyait la caractériser n'auront plus à leur tour que la valeur d'un syndrome. Voyons si ce pas n'a pas été déjà franchi. Voici un jeune malade qui est complètement désorienté; il semble avoir, ou il a sûrement, des hallucinations, ses paroles sont incohérentes; il a, en un mot, de la confusion mentale hallucinatoire aiguë. Quelle est la signification clinique d'un tel cas? Va-t-il guérir? S'agit-il, comme on dit, d'un état de confusion mentale simple, ou bien, au contraire, cet état confusionnel passera-t-il à l'état chronique? De quoi s'agira-t-il alors chez le malade que nous avons supposé? Il s'agira de démence précoce : « La confusion mentale peut se terminer par » l'état chronique, dit M. Régis dans son précis de psychiatrie. » Elle verse alors dans une démence spéciale dont la démence pré» coce est le type. » Les états aigus qui précèdent l'évolution de la démence précoce, dit-il encore en substance, sont d'ailleurs parfois très différents : ce sont très souvent des accidents hystériques, des accès de manie ou de mélancolie : « Rien n'est plus difficile » que de reconnaître à cette phase la démence précoce, car elle n'a » pas de mode d'invasion qui lui soit propre. » Sans donc tenter pour notre part, de faire la distinction à l'origine entre la confusion aiguë et « *la confusion chronique (démence précoce)* » que des auteurs aussi autorisés que M. Régis se déclarent impuissants à faire, nous avons cherché si, à l'origine de ces états confusionnels, il n'existait pas un trouble physiologique capable de les amorcer. Il nous était arrivé de remarquer, en effet, chez des individus atteints de tuberculose pulmonaire, et traités par nous, après l'avis si autorisé du professeur Letulle, à l'aide de la méthode récalcifiante de Ferrier, une amélioration physique considérable parallèlement à un relèvement de l'état mental. Voici les faits :

Au mois de février dernier, M. le Docteur Dezwarte, notre chef

de service, eut l'idée d'expérimenter chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire très avancée, la médication récalcifiante de Ferrier, préconisée par le professeur Letulle, dans tous les cas de tuberculose, de rachitisme, de lymphatisme et de misère physiologique en général. Il s'agissait d'un cas absolument désespéré, comme le montre l'observation que nous résumons ci-dessous. Les résultats furent surprenants.

OBSERVATION I. — F..., François, 27 ans. Entré à l'asile le 14 août 1908.

Durée antérieure de la maladie : plusieurs mois.

Antécédents héréditaires. Père mort à 59 ans de congestion cérébrale. Mère 47 ans, bien portante.

Antécédents collatéraux : cinq frères et sœurs morts en bas âge. Un frère, 20 ans, bien portant.

Antécédents personnels : incorporé pour trois ans. Réformé temporairement pour affection cardiaque (rétrécissement mitral).

Certificat de vingt-quatre heures : confusion mentale avec divagations à caractère de délire onirique, vagues phobies, symptômes de démence précoce.

Constitution très affaiblie.

Octobre 1908. — Très affaibli. Mydriase très forte. Hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Irritable et grossier.

Novembre. — Signes de tuberculose des deux sommets.

Décembre. — Très faible. Température élevée le soir.

Janvier 1909. — Fièvre hectique. Excavationsaux deux sommets. Hémoptysies abondantes. Pharyngite, gastrite aiguë. Depuis plusieurs jours le malade ne peut absorber que de petits fragments de glace. Tout autre aliment est immédiatement rejeté, le sirop d'éther n'est plus toléré.

2 février 1909. — Dernier degré de la tuberculose pulmonaire. La famille est prévenue que l'état du malade est désespéré. C'est à ce moment que l'on tente la médication récalcifiante. On donne trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, un paquet de sels minéraux, suspendus dans un peu d'eau :

Carbonate de chaux	0.50
Phosphate de chaux	0.20
Magnésie calc	0.05

Mars 1909. — Légère amélioration. La température vespérale est descendue au dessous de 38° Elle varie entre 37°4 et 37°8. Les vomissements et les hémoptysies ont disparu. Même traitement.

Avril 1909. — Le malade a engraissé, il s'alimente bien. La fièvre a disparu. Même traitement.

Au point de vue mental, le malade est plus sociable, sourit volontiers, serre la main du médecin, répond mieux aux questions.

Dans les mois qui ont suivi, l'amélioration physique s'est accentuée, le léger mieux dans l'état mental a persisté, mais sans progresser. Le traitement est continué.

En somme, il nous fut donné d'assister là à une véritable résurrection. Comme nous avions eu soin durant la convalescence, d'appliquer la méthode du D[r] Ferrier intégralement, c'est-à-dire de supprimer les acides et les corps gras, et d'éviter surtout la suralimentation, nous ne doutâmes pas que le succès fût dû tout entier à la médication récalcifiante.

Nous eûmes bientôt l'occasion d'en constater à nouveau les excellents effets chez un second malade.

OBSERVATION II. — M..., Félix, 28 ans. Entré à l'asile le 27 mars 1908.

Durée antérieure de la maladie : trois ans.

Antécédents héréditaires : père mort à 55 ans de maladie de cœur. Mère 58 ans, bien portante.

Antécédents collatéraux : une sœur célibataire a présenté à deux reprises des troubles mentaux.

Antécédents personnels : pas de maladie grave.

Certificat de vingt-quatre heures : débilité mentale très accusée avec altération profonde des sentiments affectifs, négativisme, symptômes de démence précoce, indifférence complète.

Avril 1908. — Reste inerte dans son lit, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Ne cause à personne. Mange bien.

Mai 1908 et mois suivants. — Même état mental. Constitution assez affaiblie. S'alimente mal, par intervalles.

Février 1909. — Affaiblissement considérable. Tuberculose du sommet droit. La famille est prévenue que le malade est en danger.

30 mars 1909. — Signes de tuberculose évolutive des deux sommets. Hémoptysies abondantes.

Température 40°. La famille est prévenue de nouveau que l'état est grave. *Le malade est traité par les paquets calciques.*

Du 30 mars au 6 avril : matin, 37° à 37°8; soir, 38° à 39°.

Du 7 avril au 14 avril : matin, 36°8 à 37°; soir, 37°4 à 37°8.

15 avril : matin, 37°6; soir, 38°.

Du 16 au 27 avril : matin, 36°8 à 37°; soir, 37°2 à 37°8.

A partir du 27 avril, la température diminue encore légèrement pour se fixer autour de 37°.

Le 8 juillet, le malade, très amélioré, engraissé, peut quitter le lit. Depuis les progrès se sont accentués.

26 août 1909. — Un peu amélioré au point de vue mental, paraît mieux orienté, répond mieux aux questions.

Cette deuxième cure consacrait dans notre esprit l'efficacité de la médication reminéralisante. A un autre point de vue, la légère amélioration psychique dont avaient bénéficié nos deux tuberculeux, ne pouvait manquer d'appeler notre attention. Tous deux présentaient des troubles analogues, et pour tous deux le diagnostic de démence précoce avait été porté. L'un et l'autre, au moment du traitement, étaient depuis longtemps atteints au point de vue mental. Nous pensâmes, naturellement, que la suppression de l'auto-infec-

tion tuberculeuse était la cause de cet amendement, et que, si la guérison ne survenait pas complète, c'est que les lésions anatomo-pathologiques corticales décrites par Klippel (1) avaient eu le temps de se constituer avant notre intervention.

Nous fûmes ainsi amenés à penser que peut-être le même traitement, appliqué à des jeunes gens présentant seulement de la confusion ou un affaiblement psychique post-confusionnel peu ancien, serait couronné d'un succès plus complet. Nous eûmes en effet une série de cas heureux, dont nous donnerons les observations succinctement :

Observation III. — H..., Emile, 24 ans. Entré à l'asile le 27 décembre 1908.

Durée antérieure de la maladie : un mois environ.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants.

Antécédents personnels : réformé du service militaire pour faiblesse de constitution.

La maladie actuelle aurait débuté le 14 octobre dernier. En juin, H... aurait eu « comme un coup de soleil ». Depuis cette époque, son caractère aurait beaucoup changé. Il devint méchant. Il se plaignait de forts maux de tête, négligeait son travail, mélangeant les bobines de fil (ouvrier tisseur), n'acceptait aucune observation. Un jour, il enleva une courroie de transmission, quitta l'usine et n'y revint plus.

Le lendemain, il se plaça près de la porte de sa maison, prétendant qu'il avait « la consigne d'y rester » et y resta jusqu'à 5 heures. Racontait que la guerre était déclarée et que les Prussiens allaient arriver, frappait avec une canne ferrée contre les armoires, les tables. Il allait dans la campagne et grimpait aux arbres. Le 15 octobre, H... ne s'est pas couché du tout.

Il a été calme depuis son arrivée à l'asile : très confus, il ne se souvient ni de l'année, ni du mois. Dit avoir des hallucinations de l'ouïe : entend des voix qui lui donnent une mission; croyait que les peuples l'appelaient pour les délivrer.

Certificat de vingt-quatre heures : débilité mentale avec désorientation dans le temps, délire onirique, hallucinations de l'ouïe, phobies.

Le 12 janvier 1909, les symptômes restant les mêmes, H... passe au service général.

Note : confusion mentale avec délire niais. Idées vagues de persécution et de grandeur. Mauvais état général.

Février. — Tuberculose du sommet droit. Hémoptysies. Le traitement calcique est entrepris.

Mars. — Amélioration physique très grande. Les hémoptysies ont cessé. Le malade a engraissé, son aspect général est plus satisfaisant.

Avril. — Les signes de tuberculose sont moins nets. Les symptômes mentaux sont toujours les mêmes. Le traitement est continué.

Mai. — La confusion est moindre. Le délire est peu actif. Quand on lui parle de sa mission, le malade sourit ou répond d'une façon indécise. Les progrès physiques s'accentuent : le malade est maintenant très bien portant.

Juillet. — H... a fait des progrès très grands au point de vue mental : il rectifie ses idées délirantes. Fait preuve de bons sentiments à l'égard de ses parents. Bien orienté. Quand on lui parle de son délire, il rit et répond : « C'était le cafard. »

Septembre. — Sorti guéri.

OBSERVATION IV. — C..., François, 21 ans. Entré le 7 décembre 1908.

Durée antérieure de la maladie : un mois.

Ce malade, enfant naturel, arrive à l'asile sans aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires ou personnels. C'est un jeune soldat, très débilité physiquement ; il se montre très instable, très difficile à interroger, répond par monosyllabes. Il se lève constamment et veut s'en aller, disant : « Ce n'est pas moi qui ai volé l'hostie. » Très incohérent, grande confusion dans les idées et dans les actes. C... est très amaigri, il refuse la nourriture qu'on lui donne : à l'hôpital, il ne mangeait que du pain avec une pomme.

Certificat de vingt-quatre heures : C..., François présente actuellement une lenteur extrême des conceptions, qui sont très confuses, avec désorientation dans le temps, négativisme. Les réponses aux questions les plus simples et les plus pressantes, sont extrêmement tardives, brèves, confuses, et n'arrivent que lorsqu'il a répété un certain nombre de fois la question posée. Il ne s'alimente pas, et il sera nécessaire de le nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne.

14 décembre 1908. — Aucune amélioration. Ne mange que du pain.

18 décembre. — Nourri à la sonde.

12 janvier 1909. — Passé au service général. Note : confusion, négativisme. Hallucinations de l'ouïe très probables.

Février. — Très affaibli. Pas de signes de tuberculose pulmonaire. Ne s'alimente pas.

Mars. — Même état de débilitation générale. Traitement recalcifiant.

Avril. — Le malade mange seul. Il a engraissé. Son état est satisfaisant. Au point de vue mental, on note une légère amélioration. Le traitement calcique est continué pendant les mois suivants. Au mois de mai, il est mis au travail. Les progrès vont s'accentuant.

Août. — En excellent état physique et psychique. C... sortira prochainement.

Septembre. — Sort guéri.

OBSERVATION V. — V..., Désiré, 22 ans. Entré à l'asile le 27 avril 1909.

Durée antérieure de la maladie : quelques jours.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants.

Antécédents collatéraux : onze frère et sœur, dont huit vivants. V... est le dixième enfants de la famille.

Jeune soldat. A son arrivée au corps, on note : tempérament lymphatique, taille 1 m. 66, périmètre thoracique 0.78. Poids 56 kg. A subi au régiment deux atteintes de maladies infectieuses : oreillons en 1907, rougeole en 1908.

Le certificat d'admission indique que V... est affaibli physiquement. Il se plaint de violents maux de tête, se montre confus et incohérent.

Certificat de vingt-quatre heures : V... prrsente de la lenteur des conceptions, qui deviennent très confuses après un interrogatoire de quelques instants seulement.

6 mai 1909. — Toujours confus, ne parle à personne, et bouge à peine de son lit.

12 mai. — Mémoire affaiblie. Pas de délire apparent.

14 mai. — Lenteur des conceptions et désorientation. Habituellement inerte, sans spontanéité.

18 mai. — Un peu moins de lenteur et de confusion, mais peu d'initiative.

22 mai. — Commence à s'agiter.

25 mai. — A frappé brutalement à coups de poings deux malades qui voulaient l'empêcher de jeter sa literie par la fenêtre, et d'un coup de pied au visage un infirmier qui voulait le faire mettre au lit.

Très troublé, très affaibli physiquement. Le traitement calcique est commencé à la fin de juin.

Le malade présente encore une courte période d'excitation au mois de juillet, mais, dès le mois d'août on remarque de l'amélioration mentale coïndidant avec un état physique bien meilleur.

En septembre on note : va beaucoup mieux, mange bien, a engraissé. Bien orienté, répond mieux aux questions.

Les progrès s'accentuent et V... sort guéri au mois d'octobre.

Observation VI. — P..., Maurice, 18 ans. Entré le 11 août 1909.

Durée antérieure de la maladie : *neuf mois.*

Antécédents héréditaires : grand'père paternel et père morts cardiaques. Mère bien portante.

Début de la maladie : décembre 1908. Le malade, après de grands efforts de travail, se trouve dégoûté des mathématiques, qu'il ne peut plus étudier sans une fatigue intense. Il fait des absences de cinq ou six jours à l'école supérieure. En mai 1909, il est obligé d'abandonner complètement découragé. Détail caractéristique, lui, qui était toujours parmi les premiers en mathématiques, est classé le dernier avec la note O. La mère, persuadée qu'il est inutile de le renvoyer à l'école, veut le faire travailler chez elle du métier de boulanger. Le jeune homme refuse. Les troubles mentaux augmentent, il fait des fugues, et deux tentatives de suicide.

A l'entrée à l'asile, son état physique est mauvais : P... est pâle, amaigri. La langue est saburrale, les bruits du cœur sont mal frappés, le pouls à 110. Mydriase intense. Submatité dans la fosse sous-épineuse gauche.

P... ne présente pas de délire apparent, mais il se montre orgueilleux, dit ne pas aimer sa mère. Répond bien aux questions de temps et de lieu, mais avec une lenteur extrême.

Certificat de vingt-quatre heures : P... présente un état d'aliénation mentale caractérisé par des idées ambitieuses vagues, de la méfiance, une perte complète des sentiments affectifs. Très grande fatigue physique et intellectuelle. Ce malade présente les signes de la démence à forme paranoïde.

Le traitement est entrepris de suite.

26 août 1909. — S'est montré tranquille pendant la quinzaine. Idées peu cohérentes, léger degré de confusion, état de dépression et malaise moral. Etat physique un peu meilleur.

1er septembre. — Le malade a engraissé. Au point de vue mental, plus ouvert, plus gai, commence à s'occuper.

10 septembre. — Etat physique bon. Pouls 80. Teint rosé A beaucoup engraissé. Répond bien aux questions, sourit quand on lui parle. Bien orienté. N'en veut plus à sa mère et se montre docile.

15 septembre. — Grands progrès à tous points de vue.

1er octobre. — Sort guéri.

Observation VII. — D..., Constant, 22 ans. Entré à l'asile le 24 août 1909.

Durée antérieure de la maladie : six jours.

Antécédents héréditaires : père tabétique.

Antécédents personnels : en 1907, bronchite aiguë rebelle, à la suite de laquelle on fit de la suralimentation (œufs, 3 côtelettes de mouton au déjeuner, etc). Application de pointes de feu. Ce régime est continué pendant six semaines, au bout desquelles le malade avait gagné 13 livres. Brusquement, une violente hémoptysie survient. Anorexie, crachements de sang pendant quinze jours. Après deux mois passés à l'hôpital militaire de Toulouse, D... est envoyé dans l'Aveyron, à une altitude de 800 m. Il reprend un peu, mais les crachements de sang continuent. Entré dans une de nos grandes écoles en octobre 1908, le malade décline, il a pendant dix-sept jours des hémoptysies abondantes, et reçoit les derniers sacrements le 17 décembre. Il se rétablit très mal. Toutefois, il y eut une accalmie. En mai reprennent les hémoptysies. en juillet D... est envoyè dans un sanatorium où il reste jusqu'à son entrée à l'asile.

Il arrive à l'asile dans un état pitoyable. Très amaigri, excessivement faible, incapable de quitter le lit, il est extrêmement désorienté et confus.

Certificat de vingt-quatre heures : confusion mentale hallucinatoire avec excitation psychomotrice, désordre général des actes et des idées.

Le malade pousse des cris, dit des choses sans suite, il a des illusions et des hallucinations de toutes sortes. Etat physique très précaire : tuberculose pulmonaire.

Le traitement est immédiatement commencé.

8 septembre 1909. — état général toujours très grave. Interprétations délirantes, confusion intense. Affaiblissement intellectuel.

20 septembre. — Amélioration très rapide de la santé physique. Les idées délirantes ont disparu, ainsi que les interprétations et les hallucinations. Jugement faussé, puérilité.

1er octobre. — Etat physique très satisfaisant, le malade est méconnaissable. Etat mental bon. D... a par intervalles, des moments de surexcitation ; le raisonnement reste un peu puéril, ainsi que les occupations du malade. Il passe son temps à balayer les feuilles mortes dans la cour. Un peu de sensiblerie.

15 octobre. — L'état physique se maintient bon, les signes psychiques ont également disparu en grande partie. On peut pourtant, à un examen attentif, remarquer un très léger affaiblissement intellectuel.

29 octobre. — Sorti très amélioré.

Sur les cinq malades ainsi traités, un seul, V..., avait présenté seulement des phénomènes de confusion, avec impulsions et négativisme. Les quatre autres avaient fait preuve déjà d'un affaiblissement intellectuel certain. Chez C... il y avait de l'écholalie, du négativisme, du gâtisme, de la coprophagie, des attitudes catatoniques. P... et H... avaient réalisé le complexus paranoïde. Chez D... enfin, il existait un affaiblissement tel qu'un léger déficit a subsisté malgré le traitement.

Bien entendu, nous ne prétendons pas avoir guéri des déments précoces, si on entend par ce terme des malades porteurs d'irrémédiables lésions du cortex, et ce n'est pas avec des paquets de sels de chaux qu'on peut refaire des cellules pyramidales. Mais nous pensons seulement avoir, lorsqu'il en était temps encore, arrêté dans son cours la déchéance mentale qui menaçait nos cinq malades.

Comment et pourquoi la médication minérale avait-elle pu avoir une semblable action? Chez nos deux premiers malades, F... et M..., tuberculeux avancés, d'ailleurs peu améliorés mentalement, nous avions, en combattant l'infection, tari la source de l'auto-intoxication, cause probable des troubles. Mais chez nos cinq autres malades, deux seulement avaient présenté des signes indéniables de tuberculose. Chez un troisième nous soupçonnions seulement un début d'induration. Chez les deux derniers enfin il n'était pas question de bacillose. Cependant tous cinq avaient pareillement bénéficié du traitement calcique. Nous pouvions logiquement conclure de ce fait, en premier lieu : que l'auto-infection, c'est-à-dire la cause occasionnelle, dans ces deux cas au moins, n'était pas la tuberculose, dont nous ne trouvions pas de trace. En deuxième lieu : que pourtant le traitement minéral avait modifié en eux quelque chose, et que ce quelque chose devait être le terrain. Nous fûmes ainsi amenés à penser qu'il devait exister un terrain spécial, une diathèse particulière, qui prédispose les jeunes gens à la déchéance psychique, à l'occasion d'auto-intoxications d'origines diverses. Restait à vérifier cette proposition et à déterminer la nature de la diathèse soupçonnée.

Sur sept sujets traités, cinq étaient tuberculeux, les deux autres très débilités physiquement. De nombreux auteurs avaient signalé la coïncidence fréquente de la bacillose dans ces états d'affaiblissement intellectuel : Kiernan, Dunton, Dide, Anglade, Phulpin et Roubinovitch avaient remarqué entre les deux processus des liens multiples. Une enquête menée dans le même sens nous amena aux résultats suivants : Sur 19 malades ayant présenté des troubles mentaux caractérisés surtout par de la confusion mentale avec diminution globale des facultés, nous avons trouvé :

Huit fois la tuberculose pulmonaire, compliquée en un cas de rétrécissement mitral, soit 42 %.

Six fois de la débilité constitutionnelle.

Deux fois du rétrécissement mitral.

Trois fois enfin une constitution apparemment bonne.

Dans 9 cas nous avons rencontré de l'hérédité psychopathique. Enfin dans aucun cas nous n'avons trouvé d'hérédité tuberculeuse. En ce qui concerne cette dernière notion, on peut penser que l'insuffisance des renseignements nous a empêché de trouver de l'hérédité chez un grand nombre de nos malades : chez les uns, en effet, nous avons des données incomplètes sur l'état de santé ou les causes de la mort des parents; chez d'autres, nous ignorons absolument tout des ascendants.

Il est difficile d'admettre que des sujets présentant dans 79 % des cas de la tuberculose pulmonaire ou de la faiblesse de constitution, soient nés de parents absoluments sains et robustes. Deux leçons du professeur Roubinovitch (1) parues au moment de nos recherches nous ont entièrement confirmé dans cette idée : l'enquête à laquelle il s'est livré lui a permis de découvrir l'hérédité tuberculeuse chez les déments précoces dans la proportion de 50 %.

Quoiqu'il en soit, que cette débilité physique soit acquise ou congénitale, elle n'en est pas moins la règle chez nos malades. Ce sont pour la plupart des jeunes gens physiquement tarés; peu vigoureux, petits, à thorax étroit, souvent blonds ou roux, ordinairement lymphatiques. Leur teint est pâle, les muqueuses sans couleur, la pupille dilatée. S'ils ont passé l'âge du service militaire, ils ont été en majorité réformés, ajournés ou classés comme malingres. Un grand nombre ont été secondairement débilités par de mauvaises conditions d'existence, le surmenage, les excès. Bref, ce sont des terrains appauvris, prêts pour la tuberculose comme pour la déchéance intellectuelle. Ce sont des prétuberculeux.

Quel est ou quels sont les éléments déficiants? Ce sont les sels minéraux, ainsi que l'ont prouvé les modifications du chimisme urinaire relatées dans les travaux de Dide et Chenais, de D'Ormea, de Roubinovitch. Ces auteurs s'accordent pour admettre que la quantité de l'urine chez les déments précoces est ordinairement diminuée, que la densité est augmentée. Dide et Chenais constatent une diminution habituelle de l'urée et une augmentation des chlorures. Les phosphates seraient en quantité normale. Roubinovitch trouve des densités élevées, bien que les éléments de l'urine soient normaux. Seuls les phosphates sont diminués dans un quart des cas. Il n'y a ni sucre, ni albumine. Il faut évidemment tenir compte

(1) *Bulletin médical*, 21 et 24 juillet 1909.

de la difficulté que l'on éprouve à recueillir intégralement l'urine des vingt-quatre heures chez de tels malades, ainsi que des variations qui peuvent survenir d'un jour à l'autre. Toutefois, l'augmentation de densité ne nous ayant pas semblé suffisamment expliquée, nous avons nous-mêmes tenté d'en déterminer les causes. Nous donnons ci-contre les chiffres obtenus par M. Roche, pharmacien de l'Asile de Maréville :

On voit que le chiffre de la densité est assez variable de l'un à l'autre. Mais il n'existe aucun rapport entre ce chiffre et l'état mental des sujets, que nous avons choisis à dessein à différents stades du syndrome confusionnel. En raison des difficultés auxquelles nous faisions allusion plus haut, nous nous en tenons néanmoins aux données des auteurs précités, qui ont tous constaté une augmentation constante de ce chiffre. Ce qui nous confirme dans cette pensée, c'est que nous trouvons dans la proportion élevée de certains éléments, l'explication de cette augmentation de densité. Dans tous les cas, en effet, nous constatons une élimination de chlorures très forte, et dans cinq cas sus sept, une élévation du chiffre de l'urée. Les phosphates sont en proportion normale, ou légèrement diminués.

On doit interpréter l'exagération de l'urée comme traduisant une combustion trop intense des tissus, une sorte d'autophagie, analogue aux phénomènes qui se passent chez les tuberculeux. Deux de nos sujets, Mar. et Ma. sont d'ailleurs des tuberculeux avérés.

Les pertes en chlorures, qui frappent au premier abord dans nos analyses, expriment la déminéralisation de l'organisme, la diminution de la capacité chlorurée, « qui favorise, comme l'a dit récemment M. Louis Viel (1), l'infection, en laissant échapper à l'organisme un de ses meilleurs éléments de défense ». L'élimination exagérée des chlorures doit être considérée comme un symptôme grave de défaillance. Le terrain spécial sur lequel se développe le syndrome confusionnel n'est donc pas sans rapport avec la diathèse scrofulo-lymphatique, et dans l'un et l'autre cas, la déminéralisation est le facteur important du processus.

Au moment où nous terminons ce travail, nous trouvons dans un journal médical (2) le compte rendu d'une très intéressante communication de M. Alb. Robin à l'Académie de Médecine. L'auteur insiste sur l'accélération des échanges respiratoires et de la déminéralisation chez les prétuberculeux et les phtysiques. Ces phénomènes sont l'expression d'une diathèse prédisposante à la tuberculose, et il importe de les diagnostiquer et de les combattre de bonne heure : « De ces recherches et de ces constatations, il résulte que la ques-

(1) *Médication martiale*, nov. 1909. p. 667.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 2 et 4 nov. 1909.

ÉLÉMENTS	Rav.	Rou.	Per.	Mar.	Ma.	Ch.	Bur.	Normale
Densité à 15°	1025	1016	1015	1020	1012	1015	1012	1016 à 1022
Couleur	ambrée	jaune	jaune pâle	jaune pâle	ambrée	jaune pâle	ambrée	jaune
Acidité	1.40	1.02	1.13	0.94	0 94	1.55	1.69	1.50 à 2.50
Urée	27.31	31.3	27.81	27.20	32.5	22.3	18.80	20 à 30
Acide urique	0.62	0.54	0.55	0.59	0.60	0.58	0.45	0.50 à 0.75
Chlorures	12.60	10	12.50	10	14	9.83	11.27	4.68 à 7.09
Phosphates	2.075	2.69	2.178	2.60	1.97	1.29	1.80	2 à 3
Sulphates	1.25	1.10	1.15	1.40	1.05			1.20 à 2.10
Albumine	0	0	0	0	0	0	0	0
Sucre	0	0	0	0	0	0	0	0
Etat mental	Démence confirmée	Confusion chronique	Confusion chronique	Démence confirmée	Démence confirmée	Démence confirmée	Confusion chronique	

» tion de terrain joue un grand rôle dans la prétuberculose. M. Ro-
» bin a relevé de nombreux exemples de l'influence du *surmenage*
» *intellectuel, du surmenage mondain, du surmenage génital, du*
» *surmenage musculaire, dans l'éclosion de la tuberculose.* » Qui ne serait frappé de la similitude parfaite de ces facteurs de la tuberculose avec l'étiologie classique de la démence précoce ? Les succès que nous avons obtenus par le traitement minéral à la fois dans le domaine physique et dans le domaine mental, sont un nouvel argument en faveur de l'existence de cette double prédisposition à la tuberculose et à la déchéance intellectuelle, qui constitue le terrain déminéralisé.

Nous avons depuis traité quatre autres cas analogues : dans deux de ces cas, encore tout récents, nous avons eu le bonheur de constater une amélioration que nous voyons se confirmer de jour en jour.

Dans les deux autres, nous n'avons rien obtenu, et nous l'avions prévu : l'affection était, en effet, trop ancienne. Or, il va sans dire que lorsque l'auto-intoxication remonte à une date éloignée, et qu'elle a eu le temps d'accomplir son œuvre destructrice sur l'écorce cérébrale, toute thérapeutique est impuissante. De là la nécessité, dès que l'on constate chez des sujets jeunes, présentant un syndrome confusionnel, en même temps qu'un aspect débilité, un affaiblissement physique général, de rechercher tout de suite la diathèse déminéralisante, et de remonter sans tarder ces terrains appauvris. Comme l'a dit Bouchard (1), « il ne faut pas oublier qu'il y a
» place, dans la thérapeutique générale des maladies infectieuses
» pour une thérapeutique physiologique qui vise, non pas le mi-
» crobe, mais l'organisme ». Naturellement, cette médication calcique n'est pas une panacée. Il est possible de lui substituer d'autres modes de traitement, susceptibles d'arriver au même but, à savoir : arrêter la faillite organique par l'apport des éléments déficiants.

M. le Docteur Lalanne a bien voulu, à ce sujet, nous communiquer l'observation, très intéressante, d'une malade de son service, qui a été traitée seulement par une bonne hygiène et une alimentation reconstituante.

Observation VIII. — B..., Marie, 32 ans. Entrée le 17 mai 1909.

Certificat de vingt-quatre heures : désordre général des idées et des actes, divagations incohérentes, insomnie.

Etat physique : très débilitée, état saburral des voies digestives, induration des deux sommets. Tousse beaucoup.

2 juin 1909. — Malade un peu moins excitée, plus facile à soigner, mais propos incohérents, incapable de fixer un peu son attention. Gâteuse. Santé physique laissant encore à désirer.

---

(1) *La Tuberculose infantile*, 1908.

30 juin. — Etat physique très amélioré, ne tousse plus, maintenue alitée jusqu'à ce jour avec régime alimentaire spécial (suralimentation). Passée au service général.

2 juillet. — Confuse et incohérente, souvent excitée, ne se rend pas compte de sa situation, et ne manifeste pas de sentiments affectifs. Santé physique passable.

16 juillet. — Même état mental. Gâteuse. Diarrhée rebelle.

31 juillet. — Continue à se montrer confuse, inconsciente de sa situation. Santé physique laisse toujours à désirer. Diarrhée un peu moindre.

25 août. — Mêmes symptômes de confusion mentale : désorientée, incohérente, ne se préoccupe pas de sa situation et ne manifeste pas de sentiments affectifs.

Etat général beaucoup plus satisfaisant. Alimentation facile, la diarrhée a cessé.

4 septembre. — Confuse et souvent incohérente, bonne santé physique.

12 octobre. — Passée à la division des paralytiques et démentes. Gâteuse et désorientée, relativement calme.

28 octobre. — A fait de rapides progrès. Les troubles mentaux paraissent avoir cédé. Si l'amélioration persiste, il sera possible de rendre la malade à sa famille. Santé physique très satisfaisante.

On voit combien peu s'en est fallu que la malade ne tombât dans une déchéance complète, dont elle donnait déjà des signes. Il est permis de croire que si elle n'eut été traitée à temps, si l'on n'avait eu soin de remonter sans retard ce terrain appauvri et débllité, Mlle B... eût versé dans la démence.

En conclusion, il existe chez certains jeunes gens une formule de déficit physiologique qui crée chez eux un terrain prédisposé aux infections. D'où production d'états confusionnels pouvant aboutir à une démence terminale. Cette formule de déficit physiologique est constituée par la déminéralisation de l'organisme. De là, la très grande fréquence de l'apparition de la tuberculose dans ces états. De là aussi la nécessité d'un traitement reminéralisant, dont les bons résultats ont été exposés dans cet article.

D'ailleurs, on peut penser, et nous l'avons vu, en effet, dans l'exposé d'une relation existant entre l'épilepsie et la diathèse arthritique, que d'autres affections mentales peuvent être conditionnées, elles aussi, par ce que nous avons appelé des formules de déficit physiologique, de même que les états confusionnels qui ont fait le sujet de cet article sont sous la dépendance d'une perte exagérée de substance minérale, qui crée une diathèse rattachable au lymphatisme et à la scrofulo-tuberculose.

V° CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(MONS 25-26 SEPTEMBRE 1909)

La psychose à base d'interprétation délirante (*Suite*)

M. CROCQ (Bruxelles). — Le cas présenté par M. D'Hollander est certes très intéressant, mais il me paraît appartenir plutôt au délire de persécution banal qu'au véritable délire d'interprétation. Celui-ci se caractérise avant tout par l'*absence d'hallucinations*, tandis que le délire banal de persécution s'accompagne d'hallucinations nombreuses et multiples. Cette malade a des idées d'empoisonnement, elle reconnaît un goût amer ou acide à ses aliments et en conclut qu'on veut empoisonner le fœtus qu'elle prétend porter en elle depuis longtemps. Ne devons-nous pas admettre qu'il y a chez elle une perturbation profonde de l'intelligence pour qu'elle puisse admettre comme possibles ces idées absurdes.

Le délire d'interprétation délirante me paraît bien différent; il se rencontre chez des individus congénitalement prédisposés, comme les vulgaires persécutés, mais il évolue sans donner lieu à des hallucinations.

Je vous citerai le cas d'un homme qui fut atteint, vers l'âge de 17 ans, des premières manifestations d'une syringomyélie cervicale. Son métier de photograveur l'obligeant à manipuler des acides, il s'imagina, encouragé du reste dans cette voie par des médecins, que son atrophie musculaire progressive était provoquée par ces acides. Il réclama une indemnité à son patron; il fut débouté et accusa son avocat de compromission; il intenta de nouvelles actions, fut chaque fois débouté, et chaque fois aussi rejeta la cause de son échec sur l'avocat nouveau qu'il avait choisi. Progressivement, son cercle d'idées morbides s'élargit; se considérant comme victime de la société, il se fit le défenseur des opprimés, prit la défense de tous ceux qui n'obtenaient pas justice. Il greffa ainsi sur son affaire personnelle, vingt autres affaires qu'il traitait parallèlement; il étudia le code, écrivit de nombreux articles plus véhéments les uns que les autres, traitant les magistrats de prévaricateurs, accusant le Procureur du Roi lui-même de complicité d'assassinat. Il acheta une petite imprimerie parce qu'aucun professionnel n'acceptait son texte et distribua largement des pamphlets, qu'il glissait lui-même dans les boites aux lettres et qu'il avait l'effronterie de distribuer dans les commissariats de police. Bref, il finit par se faire arrêter : une première expertise médicale, faite une année auparavant, concluait à la responsabilité entière du prévenu, celui-ci ne présentant que des troubles du caractère le rendant dangereux et insupportable, mais n'entamant pas sa responsabilité.

C'est ce que notre homme voulait : « Je suis responsable, disait-il, je commets des délits de presse, je dois passer en Cour d'assises. Là, je ferai la lumière, je montrerai ce qu'est la justice, je prouverai que les magistrats sont un tas de vendus, etc. »

Encouragé par cette première expertise, le sujet devint de plus en plus véhément, ce qui justifia les conclusions de la seconde expertise, dont je faisais partie.

Ce délire d'interprétation dure depuis près de vingt ans sans jamais avoir entraîné aucune hallucination.

En ce qui concerne l'existence d'un état démentiel chez ce malade, je crois

qu'il est nécessaire de l'admettre : certes, nous n'observons pas, chez lui, de démence profonde, mais nous constatons néanmoins une atteinte marquée du jugement et du sens critique. C'est ainsi qu'il accuse son premier avocat d'une indélicatesse; je lui donne la preuve écrite que cette indélicatesse n'a pas été commise, il reconnaît qu'il en est ainsi, ce qui ne l'empêche pas, cinq minutes plus tard, de reprocher le même fait au même avocat. Vingt fois, il reconnaît son innocence et vingt fois il formule à nouveau son accusation, qui est cristallisée, systématisée dans son esprit. Du reste, depuis le premier examen médico-légal, les facultés supérieures ont notablement diminué de puissance. et les experts de cette époque le reconnaissent.

M. CUYLITS. — Il faut, chaque fois qu'on en a l'occasion, s'élever contre le travers, propre à nombre de médecins, de recourir à des mots étranges, barbares, puisés généralement dans les racines grecques dont on altère même le sens, pour exprimer les notions les plus simples et les plus claires. Ce travers nous vient d'Allemagne, et il est vraiment singulier de voir des auteurs français, qui ont à leur disposition la langue la plus claire et la plus riche du monde, leur emprunter un vocabulaire barbare dont nous n'avons que faire. Tel le mot « paranoïa ». M. Deroubaix nous rappelle très bien que le sens étymologique du mot « raisonner de travers » le condamne puisqu'il vise tout cas d'aliénation mentale et qu'au surplus il désigne les délires systématisés. Double raison pour l'éliminer de notre dictionnaire spécial : pourtant M .Deroubaix continue à en faire usage. Nous réclamons plus de logique : nous eussions voulu ne pas le rencontrer dans son mémoire.

Puisque nous en sommes à discuter de l'emploi erroné des mots, je me permettrai de remarquer que c'est méconnaître leur signification que d'ajouter aux mots : « psychose systématisée » ces qualificatifs « à base d'interprétation délirante ».

Tous les types de psychoses, manie, mélancolie, confusion mentale, délire aigu, impliqent des interprétations délirantes, c'est-à-dire du délire : qui dit psychose dit donc délire. Dès lors, on peut se demander à quel titre on est autorisé à nous entretenir de « délires systématisés, à base d'interprétations délirantes ». C'est au moins un pléonasme inconscient qui rappelle « l'hémorragie de sang ».

M. Deroubaix est d'ailleurs excusable puisqu'il en parle ainsi après bien d'autres, et que Falret, un pur français, se permet d'écrire que les malades suivent « les raisonnements logiques d'un principe faux »!!

Je ne m'attarderai pas plus longtemps à cette querelle de mots.

Ce qu'il nous importe de savoir, c'est le mécanisme. Puisqu'il faut être bref, je me contenterai de relever, dans ces pages intéressantes, que toujours c'est la contrainte, c'est l'anxiété, c'est l'obsession qui domine toute sa mentalité et le pousse aux actes les plus extravagants. Chaque fois qu'il décrit un désordre, je rencontre les mots : « Je fus contraint, je fus forcé, je devais, c'était plus fort que moi. »

Citons, entre vingt autres, deux épisodes :

« Pendant très longtemps, je fus contraint de lire sur les boîtes aux lettres de la ville et des faubourgs, les heures des levées et des distributions des correspondances et de soumettre les dits chiffres ou nombres à diverses opérations mathématiques.

» A ces moments, j'étais ému à l'extrême, et si les résultats correspondaient au n° 13 ou à un multiple de celui-ci, j'étais angoissé et forcé de courir

instantanément à une autre borne-poste et de faire de nouveaux calculs jusqu'à obtention de résultats favorables... »

« Pendant un temps très long, j'avais été forcé de ramasser les épingles se trouvant dans mon chemin, et Dieu sait s'il y en a sur les voies publiques d'une grande ville... »

« Il m'est arrivé souvent en pensant à un ami, de *devoir* prononcer son prénom en même temps que son nom de famille. Si ce nom ne me venait pas de suite à la mémoire, je devenais triste et angoissé... »

Plus tard, quand le délire se systématise nettement, quand il s'imagine criminel, passible de poursuites, désigné à l'attention mondiale comme un des plus grands criminels du monde, le caractère obsessif le poursuivit avec une netteté aussi accentuée.

Tout ici vient donc à l'appui de cette thèse qui consiste à dire qu'un délire systématisé n'est autre chose qu'une forme de l'obsession et qu'il faut étudier celle-ci pour se rendre compte de celui-là. Au surplus, antécédents, étiologie, mode de développement ressemblent, dans l'un et l'autre chapitre, au point de forcer l'assimilation intime de ces psychopathies. Sont-ce des troubles intellectuels ou émotifs ? Sont-ce des phénomènes primaires ou sont-ils secondaires aux circonstances, aux impressions subies ?

Pour ma part, je n'hésite pas à les confondre avec les obsessions. Pourquoi ?

Parce que je reconnais dans tous les cas autant de manies mentales, j'entends par là, autant d'opérations psychologiques inutiles, fastidieuses, que les malades répètent incessamment malgré eux (manies de chercher, de jurer, de compter, etc.), et parce que j'y retrouve ce second caractère de l'obsession : l'aveu qu'en font les malades.

Et s'il est vrai que les obsessions ne seraient pas autre chose que des états émotifs, anxieux, les psychoses systématisées ne seront donc que des troubles émotifs. Je ne pourrai en chercher les exemples les plus convaincants que dans le mémoire même de M. Deroubaix.

Dans l'observation I, à la base de tous les désordres, ne trouvons-nous pas chez un individu originellement émotif et anxieux, une seule préoccupation : « l'abus qu'on pourrait faire de sa signature », c'est la dominante de tous les désordres qui suivent — obsession d'appartenir à une haute lignée, chez le second. On retrouvera le caractère obsessif dans toutes les observations suivantes.

Que de fois les sujets dont il est question ne nous disent-ils pas qu'*on leur fait faire*, qu'*on leur fait dire*, que *cela leur est imposé*, que *c'est une hantise*. A ce point de vue, je dispose d'un mémoire que j'espère pouvoir publier, émanant d'un de mes anciens pensionnaires, homme intelligent, suffisamment cultivé pour nous donner l'analyse psychologique de sa propre mentalité. Je le tiens pour un délirant systématique. Il voulut bien nous décrire, lors de sa guérison, toutes les peines, tous les désordres psychiques, au cours de ses crises.

M. CROCQ (Bruxelles). — Les états obsédants dont parle M. Cuylits appartiennent à la psychasténie ; je ne conçois pas bien leur parenté avec les délires paranoïaques et interprétatifs.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Etats mixtes de la psychose maniaque-dépressive
La manie coléreuse et ses différentes formes

par H. NOUËT, médecin adjoint, et L. TREPSAT, interne
de l'Asile d'Evreux

La notion des états mixtes de la psychose maniaque-dépressive dont nous devons la description et la découverte à Kraepelin, commence seulement à s'implanter dans la psychiatrie, et différents auteurs entrevoient de ce côté un vaste champ d'études nouvelles. Parmi ces états mixtes, dont certains restent encore un peu obscurs et d'un diagnostic parfois délicat, l'un d'eux, la manie coléreuse, présente une physionomie clinique bien particulière et se rencontre avec une assez grande fréquence chez les périodiques, en particulier chez la femme, nous semble-t-il.

On sait que cette forme mixte est caractérisée par l'existence chez le même sujet d'un élément de nature mélancolique, l'humeur, et de deux éléments à teinte maniaque, l'idéation et la motilité. C'est un des trois états mixtes à prédominance maniaque. Les aliénés de cette catégorie sont donc des maniaques tristes à l'inverse des maniaques ordinaires, dont l'humeur est enjouée, satisfaite. Ces malades se montrent ordinairement irritables, moroses, deviennent coléreux pour les motifs les plus futiles, couvrent d'injures leur entourage, se livrent à des actes de violence. Ils trouvent à redire sur tout, se plaignent à chaque moment des soins qui leur sont donnés, de leur nourriture, de leur habillement, déclarent que leur lit est tellement mauvais qu'il leur est impossible de dormir. Leur seule distraction, consiste à dire à leurs interlocuteurs des paroles désagréables, blessantes, à injurier leurs voisins, à les exciter les uns à l'égard des autres. Ces malades présentent en général de la fuite des idées, de l'agitation motrice, gesticulent, écrivent toute la journée, ou plutôt commencent de nombreux écrits qui restent souvent inachevés.

L'insomnie est fréquente et s'accompagne de phénomènes d'agitation.

Tel est, succinctement exposé, le tableau schématique, habituel de la manie coléreuse, d'après la description de Kraepelin (1) que

(1) KRAEPELIN. Psychiatrie, 7e édition, 1904, p. 544.

nous avons suivie exactement, celle de MM. Deny et Camus (1), et celle de M. Antheaume (2) établies d'après le même auteur. Kraepelin admet donc l'unité de la manie coléreuse. Il semble qu'il y ait selon cet auteur, un type clinique bien défini de cet état, superposable à tous les cas observés, et que tous les périodiques, atteints de manie coléreuse, présentent un tableau clinique uniforme.

L'examen d'un certain nombre de femmes aliénées, atteintes de psychose maniaque-dépressive, nous a paru justifier la distinction, dans cet état mixte, de plusieurs variétés. En effet, parmi les cas de manie coléreuse observés, il nous est arrivé de rencontrer fréquemment des malades, présentant les mêmes symptômes fondamentaux, et qui cependant différaient cliniquement les unes des autres.

Que, dans la manie coléreuse, tel ou tel élément constitutif du syndrome, domine la scène, et nous rencontrerons un aspect clinique variable suivant que prédomineront les troubles de l'humeur, ceux de l'idéation ou ceux de la motilité.

La manie coléreuse se trouve ainsi subdivisée en trois variétés.

Dans la première de ces variétés, prédominent les troubles de l'humeur. Ces malades sont moroses, sombres, peu loquaces. Ils regardent continuellement leurs interlocuteurs d'un air courroucé et furieux, mais ne parlent pas spontanément et sont le plus souvent calmes. L'agitation motrice est en général peu prononcée. Ces malades restent assis à la même place durant la majeure partie de la journée, sans faire un mouvement. Ils s'excitent et gesticulent dès qu'on leur adresse la parole, profèrent les injures les plus grossières, font des menaces, mais on remarque aisément que dans leurs propos la fuite des idées est peu accusée. A cette forme on pourrait donner le nom de forme *hypothymique*.

La deuxième variété qui semblerait justiciable du nom de forme *idéative* nous met en présence de malades dont l'humeur est triste, morose, chez lesquels l'agitation motrice est seulement ébauchée, mais qui se montrent extrêmement loquaces, logorrhéiques. Dans cette variété, le symptôme dominant est la fuite des idées. Le sujet tient des propos décousus, sans suite, passe d'une idée à une autre. On recherche en vain un lien unissant entre eux les différents membres de phrases et les associations se font fréquemment par assonances. Des idées délirantes multiples peuvent être observées. Ce sont le plus souvent des idées de persécution ou de grandeur dont le caractère principal est la mobilité. Les troubles fondamentaux sont dans ces cas les troubles de l'idéation (fuite des idées).

Dans la troisième variété, où les troubles moteurs dominent la

(1) DENY et CAMUS. La psychose maniaque dépressive, Baillière, 1907.

(2) ANTHEAUME. Psychoses périodiques, Congrès de Genève, 1907.

scène, et qu'on pourrait nommer forme *motrice,* les malades sont également d'humeur sombre, morose. La fuite des idées est peu prononcée. Par contre, l'agitation motrice est extrêmement violente, s'accompagne de cris, de gestes désordonnés. Les malades courent de tous les côtés, les cheveux et les vêtements en désordre, ils se roulent à terre, s'emparent de tout ce qui leur tombe sous la main, frappent leur entourage et brisent tous les objets laissés à leur portée.

Les observations suivantes, de malades que nous suivons depuis plusieurs mois, chez lesquelles le diagnostic de psychose maniaque-dépressive ne paraît pas discutable, et qui à différentes reprises ont présenté l'état mixte dit « manie coléreuse », répondent, nous semble-t-il à cette manière de voir.

***

OBSERVATION I. — *Psychose maniaque-dépressive. Troisième internement. Quatrième accès maniaque. — Alternatives d'excitation et de dépression. Etat mixte « manie coléreuse » avec prédominance des troubles de l'humeur; excitation motrice et fuite des idées peu prononcées. — Idées délirantes de persécution. — Absence d'hallucinations.*

La femme Gerl..., âgée de cinquante-cinq ans, se tient toute la journée assise à la même place, sur un banc de la section des agitées. Elle ne travaille pas, ne s'occupe à rien, ne parle que fort rarement. Parfois on remarque chez elle des symptômes d'agitation motrice, elle circule, court de tous côtés, gesticule. Son visage exprime continuellement la mauvaise humeur, la colère, le regard est menaçant. La malade fixe continuellement ses interlocuteurs, d'un air courroucé, furieux. Jamais elle ne parle spontanément et répond le plus souvent aux questions tantôt par des grossièretés, tantôt par des propos entremêlés d'idées de persécution. Son attitude exprime le mécontentement le plus vif. Les hallucinations font défaut. La mémoire et le jugement sont intacts. Il n'existe pas de signes d'affaiblissement intellectuel.

L'état mental actuel de Gerl... peut se résumer de la façon suivante : Le symptôme dominant est une humeur toujours coléreuse, courroucée. A ce symptôme fondamental il faut ajouter accessoirement, et à titre de phénomène transitoire, des idées de persécution, vagues, mal systématisées, de l'agitation motrice, de la loquacité avec fuite des idées.

Les symptômes physiques font défaut.

Gerl... n'a pas d'antécédents héréditaires pathologiques.

Si nous consultons son dossier nous voyons qu'elle eut un premier accès d'aliénation mentale en 1889, à 35 ans. Cet accès fut caractérisé par de l'agitation motrice et de l'excitation intellectuelle. Il dura huit jours et la guérison en fut radicale. Redevenue calme, mais toujours quelque peu déprimée, la malade resta dans le même état jusqu'en 1901, date de son premier internement à l'asile.

Ce fut le deuxième accès maniaque de la maladie. L'agitation remon...it

à une huitaine de jours. Entrée à l'asile le 2 janvier 1901, Gerl... gesticulait, présentait une logorrhée incessante, accompagnée de fuite des idées. L'insomnie était complète. Elle accusait un de ses voisins de l avoir persécutée et déclarait vouloir le tuer à coups de revolver.

Durant les premiers jours de son internement, la malade demeura agitée, loquace, passant d'un sujet à l'autre, sans transition, émettant des idées de persécution, fugaces, mobiles, accompagnant ses discours de gestes désordonnés.

Dès le 15 février 1901 (trois semaines après), Gerl... était redevenue calme, travaillait avec assiduité aux ouvrages de couture et se rendait compte de le vanité de ses idées délirantes. A ce moment elle était peu loquace, réservée. Gerl... quitta l'asile le 24 avril 1901.

Elle y revint le 24 juin 1902, dans un état analogue à celui ayant nécessité son premier internement (troisième accès maniaque de l'affection). La malade était loquace, excitée, présentait une forte agitation motrice, criait, gesticulait. Des idées de persécution, vagues, superficielles, variant d'un jour à l'autre, du matin au soir, s'ajoutaient à cet ensemble clinique. La malade ne semblait pas hallucinée.

Dès le 15 juillet 1902, Gerl... était de nouveau redevenue calme. Les idées de persécution s'étaient évanouies en même temps que les symptômes d'agitation motrice.

En août et septembre 1902, Gerl... se montra déprimée. Elle parlait peu, vivait à l'écart, s'isolait des autres malades, et travaillait à la couture. L'état de dépression ne faisait aucun doute.

Gerl... sortit le 13 mars 1903. A ce moment, elle était manifestement en période de dépression.

Le troisième internement se produisit le 15 février 1906 (quatrième accès maniaque). Depuis huit jours, l'agitation avait reparu. Gerl..., sous l'influence de l'excitation s'était livrée à des excès alcooliques, s'était évadée de chez elle et avait parcouru le village où elle demeure, en criant et en gesticulant.

A son entrée elle était agitée, ainsi que lors des internements précédents, prononçant des paroles décousues, avec fuite des idées, assonances. Les idées de persécution existaient, toujours aussi mobiles, changeantes. Les hallucinations faisaient défaut. Dès le 2 mars 1906 (deux semaines après l'entrée), l'agitation se calmait. La malade redevenait calme, régulière; toute idée délirante avait disparu.

Durant les années 1907 et 1908 elle resta le plus souvent calme, plutôt déprimée, peu loquace. A différentes reprises une excitation hypomaniaque, de peu d'intensité et d'une durée de quelques jours, se manifesta chez Gerl... En mars 1909, l'agitation reparut de nouveau et nécessita son passage à la division des agitées.

Au bout de quelques semaines l'agitation motrice, d'abord très violente, diminua d'intensité, mais l'humeur demeura coléreuse et la malade depuis lors est restée dans l'état que nous avons décrit au début.

***

OBSERVATION II. — *Psychose maniaque-dépressive. Deuxième internement. Nombreux accès d'agitation suivis de périodes de dépression. Remissions. — Etat mixte « Manie coléreuse » où dominent la fuite des idées, les propos décousus, la logorrhée. — L'agitation motrice est le plus souvent peu prononcée. — Les troubles de l'humeur ne sont pas très accusés. Nombreuses idées délirantes de persécution. — Interprétations délirantes. — Absence d'hallucinations.*

Fa..., femme B..., âgée de 41 ans, au moment de son entrée à l'asile d'Evreux, le 13 septembre 1902, présente un état mental nettement circulaire : tantôt excitée, turbulente, agressive, par moments, au contraire, elle se montre déprimée et mélancolique.

Les crises d'agitation surviennent en général tous les mois et durent de huit à dix jours. Dans cet état, Mme B... est extrêmement loquace : l'excitation intellectuelle est extrême : ses propros sont incohérents, décousus, son discours est un tissu de lambeaux de phrases sans suite, elle parle par assonances et la fuite des idées est telle qu'il est impossible de suivre sa pensée. Elle écrit lettres sur lettres à sa famille, aux médecins et aux autorités pour réclamer sa sortie et se plaindre des mauvais traitements qu'elle subit ou des douleurs qu'elle éprouve. On trouve fréquemment dans ses écrits l'incohérence et la fuite des idées de ses propos Voici par exemple la fin d'un billet qu'elle nous a remis : « Changez-moi de quartier demain je vous en prie, car je n'en puis plus de fatigue à cause que je perds le repos et le bruit je vous salue F. B... ou à la contre-visite car je ne dors pas. »

Son humeur est triste et coléreuse, elle se plaint de tout : de la nourriture, du personnel, et injure tout le monde. Hypochondriaque ,elle se dit très malade : ses jambes vont éclater, elle a une grave lésion à l'estomac, son utérus a besoin de soins. On note encore des idées de persécution, extrêmement mobiles et peu systématisées, à l'égard de ses voisines qui lui en veulent, la regardent de travers, l'ont calomniée. Il est difficile de se rendre compte s'il existe réellement chez elle des hallucinations de l'ouïe; les idées de persécution qu'elle présente paraissent dues plutôt à des interprétation délirantes.

Enfin l'agitation motrice est par moments très vive, la tenue est débraillée et désordonnée. Elle ne tient pas en place, court dans le réfectoire ou dans le jardin, brise des carreaux, et frappe son entourage. Après quelques jours de violente agitation suivis parfois d'une courte période d'hypomanie, nous trouvons Mme B... complètement changée, devenue déprimée et mélancolique. Elle manifeste encore les mêmes idées hypochondriaques multiples, nous dit qu'elle est perdue, qu'elle a une maladie de cœur et d'estomac. Par contre, l'excitation intellectuelle est nulle, elle répond posément à nos questions, mais ne parle pas spontanément. Elle ne récrimine plus contre ses voisines ou le personnel, les idées de persécution ont disparu, et elle en reconnaît la vanité. Elle a un ouvrage de couture entre les mains et travaille assez activement.

Enfin, à de lointains intervalles la maladie présente des rémissions à peu près complètes pendant lesquelles l'humeur devient gaie, et l'état

mental paraît normal. Mais ces rémissions ne durent en général que quelques jours, puis le cycle recommence tel que nous venons de le décrire.

L'état physique de Mme B... ne présente rien d'intéressant à relever : c'est une femme de 49 ans, bien portante, dont tous les appareils nous ont paru sains.

Au point de vue des antécédents héréditaires nous savons que la mère de Mme B... est nerveuse, excentrique, et se montre tantôt excitée, loquace, tantôt, au contraire, déprimée; sa sœur est déséquilibrée.

La maladie actuelle remonterait à une vingtaine d'années, et aurait éclaté à la suite d'une opération (curettage de l'utérus). Au moment des règles principalement, Mme B... présentait des accès de colère furieuse, menaçait de tuer son mari, poursuivait les passants, jetait sa literie par la fenêtre, s'imaginait que ses voisins la regardaient de travers, l'injuriaient, la traitaient de « vieille bête ». Les accès maniaques devinrent si fréquents et si violents, que son mari se vit obligé de l'amener à l'asile de Navarre, le 13 septembre 1902.

Au moment de son entrée à l'asile, B... est assez calme, très réticente, ne veut donner aucune explication sur ses persécutions imaginaires; mais quatre ou cinq jours plus tard, elle s'excite, se plaint de tout, dit qu'elle est mal nourrie, mal couchée, que les infirmières ne se montrent pas assez polies à son égard. Elle essaie de boire le vin de ses voisines. Pendant un an, B... reste constamment loquace, réclameuse, très désagréable et présente de nombreux accès d'agitation pendant lesquels elle court dans le jardin, donne des coups de pied aux malades et aux infirmières, brise les carreaux, injurie tout le monde, parle avec une loquacité intarissable. Dans ces moments il est difficile de comprendre ce qu'elle dit, tant ses propos sont décousus.

Au mois d'août 1903 la malade devient subitement calme, docile, un peu déprimée, ne récrimine plus, parle à peine, s'occupe à quelques travaux de couture. Cette période de dépression dure peu : quinze jours après, elle est de nouveau très excitée, ne tient pas en place, parle sans discontinuer, est très incohérente. Pendant les années suivantes, elle n'a que de courts intervalles de calme et de tranquillité. En général, elle est incapable de tout travail, et présente de violents accès d'agitation. On remarque chez B... des tendances érotiques : elle défend aux médecins de l'approcher, « parce qu'il la travaillent » et lui font « subir des manœuvres inavouables ». On note aussi des idées hypochondriaques : elle a mal à l'estomac, dans les jambes, le dos, elle est trop faible pour se tenir debout et demande à rester couchée; il lui faudrait un bain pour calmer ses douleurs, des injections vaginales, etc. Elle se plaint vivement de manquer de soins, et accuse son mari de l'avoir fait interner pour se débarrasser d'elle.

Au début de l'année 1909, la malade devient assez calme pour que son mari la reprenne chez elle. Pendant quelques mois, elle se maintient tranquille, régulière, mais plutôt triste et déprimée; elle s'occupe de son ménage et de son enfant, se tient bien. Bientôt reparaissent des idées vagues de persécution à l'égard de ses voisins qui la regardent de travers et se moquent d'elle. Au mois de janvier 1908, nouvelle crise d'agitation

violente qui dure jusqu'au mois de mai, époque à laquelle sa famille la ramène à l'asile.

Nous retrouvons Mme B... excitée, loquace, injuriant tout le monde, présentant une logorrhée intarissable avec fuite des idées. Il est impossible de fixer son attention. Elle gesticule, fait des menaces, injurie tout le monde, écrit chaque jour des billets aux médecins pour réclamer du chocolat, un bain, sa sortie.

L'état mental ne se modifie plus dès ce moment, et on note les alternatives d'excitation et de dépression que nous avons décrites au début de l'observation.

***

OBSERVATION III. — *Psychose maniaque-dépressive. Premier internement. Etat habituel d'hypomanie. — Fréquence de l'état mixte « manie coléreuse » où dominent les troubles moteurs. — Agitation motrice violente, furieuse avec gesticulations désordonnées. — peu de fuite d'idées. — Quelques idées de persécution. — Absence des hallucinations.*

Mlle Poy..., Albertine, âgée de 31 ans, est entrée à l'asile d'Evreux le 14 novembre 1907.

Elle est d'ordinaire en état d'hypomanie, rit, plaisante, se montre loquace, tient des propos décousus, passe d'un sujet à l'autre. Poy... se montre satisfaite, elle aime à vanter ses qualités, raconte qu'elle était la plus jolie fille du pays, etc... Elle travaille d'une façon régulière, rend service dans le quartier, parle volontiers à ses voisines, plaisante avec elles, ne se fait remarquer à cette période de la maladie, par aucun symptôme de colère et d'irritabilité.

Or, il arrive fréquemment que Poy..., pour le motif le plus futile, présente des accès d'agitation coléreuse d'un caractère impulsif tout spécial. Elle blémit, ses joues se décolorent, ses lèvres deviennent cyanosées, elle gesticule, les mains se tordent en contorsions variées, elle frappe du pied, crie, vocifère, injurie des mots les plus grossiers les personnes de son entourage; la voix est alors rauque, éraillée. Poy... se saisit des objets qui lui tombent sous la main et les met en pièces. Elle déchire l'ouvrage auquel elle travaillait un instant auparavant, s'empare de celui de sa voisine, le détruit, se livre à des actes violents sur les autres malades, le personnel. Quand elle a fait le vide autour d'elle dans la pièce, après avoir renversé tables, chaises et meubles divers, Mlle Poy..., les vêtements en désordre et les cheveux épars, sort dans le jardin. Elle continue à gesticuler, se frappe la poitrine, s'arrache les cheveux, pousse des rugissements, se roule à terre, détruit les fleurs, casse des branches aux arbres et se livre en un mot aux actes violents les plus variés. Durant ces accès d'agitation, l'humeur est franchement coléreuse, et la malade prononce des propos décousus, sans lien entre les différentes phrases. Elle émet en général à ce moment des idées de persécution qui varient d'une crise coléreuse à l'autre. Les hallucinations paraissent faire défaut. Ces accès ont une durée qui varie entre une demi-heure et quatre heures. Ils se reproduisent d'une façon irrégulière, une fois ou deux fois par mois, et

ne s'accompagnent jamais d'amnésie consécutive. La malade attribue toujours à une contrariété insignifiante l'apparition de ces accès coléreux.

Poy... présente quelques stigmates physiques de dégénérescence parmi lesquels du strabisme, de l'ogivité palatine et du prognathisme du maxillaire supérieur. L'examen physique ne révèle aucun trouble accusé des diverses fonctions. La malade est bien réglée.

Dans les antécédents héréditaires de Poy... nous ne rencontrons rien d'intéressant. Son père serait encore vivant et ferait des excès alcooliques. Sa mère est morte à 36 ans de tuberculose pulmonaire. L'une de ses sœurs, quelque peu déséquilibrée, se livrerait à la prostitution.

Poy... n'a présenté aucune affection grave de l'enfance ou de l'adolescence, elle n'a jamais eu d'accès convulsifs.

Les troubles mentaux ne firent leur apparition chez Poy... que quelques jours avant son entrée à l'asile, le 15 novembre 1907. Ils consistèrent en phénomènes d'excitation intellectuelle, loquacité, tenue excentrique, excès vénériens et actes de violence à l'égard de ses voisins.

A son entrée à l'asile, Poy... était excitée, loquace, tenait des propos décousus, avec fuite des idées. Sa conversation mettait en lumière des idées mal systématisées de persécution.

Le 23 novembre, la malade présenta un accès coléreux analogue à celui que nous avons décrit ci-dessus. Il dura quatre heures. Pendant ce laps de temps, Poy... ne cessa de vociférer, de faire des menaces, déchira ses vêtements, des papiers qui lui tombèrent sous la main. L'accès passé, elle redevint excitée, loquace et nettement hypomaniaque, émettant, en riant et sans les prendre au sérieux, des idées de persécution, relatives, tantôt aux personnes ayant demandé son internement, tantôt à ses voisines de l'asile. Le 4 décembre 1907, Poy... eut un nouvel accès analogue, d'une courte durée. Puis survint une période d'hypomanie avec loquacité, humeur gaie. Un accès coléreux identique apparaissait le 23 janvier 1908, auquel succéda un état hypomaniaque avec euphorie, loquacité, excitation intellectuelle.

Le 23 juin 1908, Poy... présentait encore une autre crise d'agitation impulsive.

Depuis cette époque, les accès se sont reproduits un assez grand nombre de fois (deux par mois environ). Leur durée varie de quelques minutes à une heure ou deux au maximum. Dans leur intervalle la malade se trouve dans l'état d'hypomanie que nous avons décrit au début de cette observation.

***

On a sans doute remarqué, à la lecture de ces observations, combien les idées délirantes de persécution, jouaient dans l'histoire des malades un rôle prépondérant. Cet élément est si important chez deux de nos malades (obs. I et II) qu'il pourrait à un examen superficiel donner le change, en imposer pour le diagnostic, et faire considérer ces malades comme des délirantes chroniques, des interprétatives, ou encore des démentes paranoïdes. L'existence d'idées

délirantes, de persécution dans la psychose périodique est un phénomène banal, signalé depuis longtemps par les auteurs et tout récemment par Anglade (1) et Dubourdieu (2). Elles ont comme caractère particulier d'être mobiles, changeantes, superficielles et de manquer totalement de systématisation. Enfin le plus souvent, elles ne sont pas en rapport avec des troubles sensoriels. Parmi les six états mixtes de la psychose maniaque-dépressive, la manie coléreuse est, avec la stupeur maniaque, la forme où les phénomènes délirants sont le plus accusés. L'humeur maussade des coléreux explique suffisamment la présence des idées de persécution de préférence aux autres, chez ces malades. La seule constatation d'un semblable système délirant, chez un périodique, doit faire aussitôt songer à l'existence possible d'une manie coléreuse.

Hecker a décrit le premier une catégorie de maniaques (Nörgelnden Formen der Manie) dont le trait dominant est la taquinerie. Kraepelin considère ce « manie taquine » ainsi que la dénomme P. Courbon (3), comme une forme atténuée de la manie coléreuse. Nous ne pensons pas que cette manière de voir soit à l'abri de la critique. Nous avons cru remarquer en effet que dans le cas de « manie taquine » l'humeur, contrairement à ce qu'on observe dans la manie coléreuse, est constamment gaie, enjouée. Les malades taquins, heureux de leurs niches, sont les premiers à rire des mauvais tours dont est victime leur entourage. Les périodiques taquins que nous avons eu l'occasion d'observer étaient tous, nous a-t-il semblé, non en état mixte, mais en hypomanie.

En résumé, les observations précédentes nous paraissent justifier la description, dans l'état mixte dit « manie coléreuse », de trois variétés ou subdivisions, suivant la prédominance d'un de ses éléments constitutifs sur les deux autres. Nous proposons de nommer ces variétés : forme *hyperthymique*, forme *idéative* et forme *motrice*, car il nous paraît légitime de ne pas grouper sous la même dénomination et dans une description uniforme, des états cliniquement dissemblables.

---

(1) ANGLADE. Rapport médical de 1908 (Bordeaux 1909).
(2) DUBOURDIEU. Thèse de Bordeaux, 1909.
(3) P. COURBON. Manie dépressive et manie taquine (L'Encéphale, 1909).

Vᵉ CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(MONS 25-26 SEPTEMBRE 1909)

La psychose à base d'interprétation délirante

(*Suite et fin*)

—

M. DENY (de Paris). — J'adresserai un petit reproche à l'intéressant rapport de M. Deroubaix. Notre collègue a donné comme sous-titre à la *Psychose systématisée à base d'interprétation*, le nom de *Paranoïa simple*. Cela est-il bien exact? Il me semble que cette dénomination s'applique non seulement au délire systématisé chronique d'interprétation, mais encore à la folie quérulante ou processive appelée aussi délire de revendication, folie des persécutés-persécuteurs, etc., puisque l'absence ou l'extrême rareté des troubles sensoriels est commune à ces deux syndromes.

L'expression de paranoïa simple n'a plus, du reste, de raison d'être que pour les auteurs, de jour en jour moins nombreux, qui, comme M. Deroubaix, continuent à maintenir dans le cadre de la paranoïa les délires systématisés accampagnés d'hallucinations. Ces délires systématisés hallucinatoires ayant une évolution beaucoup plus franchement et plus rapidement démentielle que celle des délires systématisés simples (délire d'interprétation et délire de revendication), je crois, à l'exemple de Kræpelin, qu'il faut les exclure définitivement du cadre de la paranoïa et les rejeter dans celui de la démence précoce paranoïde.

Ainsi amputé des délires systématisés hallucinatoires, l'ancien concept de la paranoïa est-il à l'abri de toute critique? Il est au moins permis d'en douter. Si l'on en croit quelques auteurs, au premier rang desquels se place le professeur Specht (d'Erlangen), la rubrique de paranoïa devrait être bannie de la terminologie psychiatrique, ce qui, pour le dire en passant, ne serait pas pour déplaire à notre collègue M. Cuylits et à quelques autres aliénistes.

Dans une série de travaux dont le premier a paru l'année dernière, Specht (1) s'est attaché à démontrer que ce qui reste de la paranoïa, défalcation faite des délires systématisés hallucinatoires, appartenait en réalité à la psychose maniaque-dépressive. Les arguments invoqués dans ce travail, qui a échappé, je crois, à M. Deroubaix, méritent de retenir un instant notre attention. Je vous demande donc la permission de les rappeler brièvement.

M. Specht fait d'abord valoir les analogies symptomatiques de la folie quérulante et de la manie : dans l'une et l'autre affection, on observe, dit-il, les mêmes modifications de l'humeur, les mêmes dispositions malveillantes, les mêmes allures agressives et combatives et, d'autre part, le même besoin impérieux de parler et d'écrire, la même mobilité des idées, la même hyper-

---

(1) G. SPECHT. Sur le problème clinique fondamental de la paranoïa. (*Zentralb. fur nerven und psych.*, XXXI, n° 273, p. 817.)

activité et la même agitation. Ces analogies ne sont pas niées par les différents auteurs, mais ils les relèguent au second plan pour donner la première place aux conceptions délirantes qui, d'après Specht, sont toujours secondaires à des troubles de l'affectivité aussi bien chez les quérulants (les plus typiques des paranoïaques, selon Kræpelin) que chez les maniaques.

La psycho-clinique, en effet, ne permet plus de considérer les idées de grandeur comme la conséquence, par voie de déduction logique, des idées de persécution. C'est dans les modifications de la vie affective qu'il faut aller chercher l'origine de toutes les idées de satisfaction ou de grandeur, de même que la dépression affective ou mélancolique est à la base des idées de culpabilité, de persécution, etc.

Specht fait ensuite remarquer, ce qui est du reste généralement admis, que les conceptions délirantes proprement dites font souvent défaut chez les quérulants, alors que ces malades présentent toujours un état de manie ou d'excitation maniaque plus ou moins caractérisé, et que, lorsqu'ils sont à la fois délirants et maniaques, leur délire ne saurait expliquer leur état maniaque, tandis que celui-ci rend, au contraire, parfaitement compte de la genèse de leurs idées délirantes.

Pas n'est besoin du terme de « paranoïa » pour identifier ces malades : il suffit de dire qu'ils sont atteints de *manie quérulante*, c'est-à-dire d'une variété de manie ou d'hypomanie chroniques appartenant au groupe de la psychose maniaque-dépressive.

Mais il y a plus : il est de notion classique que la manie et surtout la mélancolie se terminent quelquefois par un délire de persécution, de grandeur, etc., nettement systématisé, communément désigné en Allemagne sous le nom de *paranoïa secondaire*. Le rapport présenté par M. Anglade au Congrès de Marseille contient à cet égard de précieux documents. Or cette transformation de la manie et de la mélancolie en *délires systématisés secondaires*, est difficilement explicable si l'on considère la manie et la mélancolie d'une part, la paranoïa de l'autre, comme deux affections autonomes, profondément distinctes. Elle devient, au contraire, tout à fait naturelle si l'on admet qu'entre la psychose maniaque-dépressive (dont la manie et la mélancolie ne sont plus aujourd'hui que des modalités) et la paranoïa, il existe une parenté plus ou moins étroite. La preuve de cette parenté nous est encore fournie par le fait de l'alternance des états maniaques ou mélancoliques et des délires systématisés chez les mêmes malades, et par cet autre fait également incontestable de la transmission réciproque par hérédité de la psychose maniaque-dépressive et de la paranoïa. Il n'est pas rare, en effet, d'observer des paranoïaques dont les ascendants ont été atteints d'accès de manie ou de mélancolie intermittentes, et inversement des maniaques-dépressifs issus de paranoïaques.

Un dernier point, enfin, qui légitime le rapprochement de ces deux affections, c'est qu'au dire de Heilbronner, de Joly, de Siefert, de Bonhœffer, etc., la folie quérulante serait passible de guérison avec ou sans reliquat, tout comme la psychose maniaque-dépressive, tant et si bien que ces auteurs déclarent formellement qu'il faut retrancher tout le groupe des quérulants de la paranoïa de Kræpelin qui, elle, est franchement incurable.

Voici donc ébranlé l'ancien dogme de l'incurabilité de la folie des persécutés-persécuteurs des auteurs français. Il ne faudrait plus alors comprendre sous la rubrique de paranoïa que la psychose systématisée chronique à base d'interprétations délirantes. Mais ici encore, on ne peut se défendre d'une certaine hésitation. Beaucoup d'auteurs se refusent à considérer le délire

d'interprétation comme une entité foncièrement distincte du délire de revendication. MM. Sérieux et Capgras eux-mêmes ne nient pas qu'il existe entre ces deux affections des affinités très étroites; ils admettent même qu'un interprétateur peut se transformer en revendicateur. La question reste donc pendante. Aujourd'hui comme hier, le problème clinique et nosologique de la paranoïa subsiste entier. Le débat n'est pas clos, il entre seulement dans une phase nouvelle, inaugurée, non sans éclat, par le rapport de M. Deroubaix.

M. LEY. — Si nous devions réserver exclusivement, comme semble vouloir le faire notre rapporteur M. Deroubaix, le terme de paranoïa au délire d'interprétation, sans hallucinations, je pense que les cas seraient bien rares où nous pourrions poser ce diagnostic. La présence des hallucinations me semble être un mauvais criterium pour faire une distinction entre les diverses formes de délire systématisé. Nous voyons parfaitement les paranoïas évoluer à peu près de la même façon, qu'il y ait ou non présence d'hallucinations.

Mais il existe évidemment, chez beaucoup de ces malades, un trouble sérieux de l'intelligence supérieure, et si nous appelons démence toute diminution, même légère, de l'intelligence, bien des paranoïaques nous offrent une véritable forme de démence. Démence partielle évidemment, portant sur la notion de la personnalité, sur le sens critique, sur la notion des contingences sociales. Le malade qui se croit roi ou pape, ou millionnaire frusté, a beau avoir, à côté de cela, de nombreux domaines intellectuels intacts, il n'en est pas moins atteint d'un déficit notable qui retentit sur les autres territoires intellectuels et modifie défavorablement ses fonctions supérieures et son pouvoir d'adaptation sociale.

On me dit que le déficit intellectuel n'est pas une vraie démence parce qu'il évolue sur un fond congénital spécial : la constitution paranoïaque. Mais nous voyons parfaitement des constitutions paranoïaques subsister pendant toute une vie sans qu'un délire survienne; dès que le délire s'y installe, surtout un de ces dléires absurdes, il y a nettement, me semble-t-il une diminution de l'intelligence générale et de l'auto-critique.

Quant à la genèse de la paranoïa, il est certain que les complexus affectifs y jouent un grand rôle. Les travaux de l'école de Freud, si brillamment développés par ses élèves de Zurich, Bleuler et Jung, démontrent que, dans la genèse de la paranoïa comme dans celle de l'hystérie et d'autres affections mentales, l'influence d'un complexus affectif, d'un trauma pschique de l'enfance, par exemple, est des plus importants. Ces traumas ont passé souvent dans le subconscient, et leur influence est difficile à dépister, sinon par une analyse mentale approfondie.

Ces notions ont une importance très grande en pratique; nous devons surveiller la vie affective de l'enfant; il est nécessaire de l'observer, de l'analyser, et lorsque les signes de constitution paranoïaque se montrent, nous devons, par une éducation spéciale et le placement dans un milieu approprié, chercher à la modifier dans un sens favorable.

M. Paul MASOIN (Dave-Namur). — Tout en félicitant mon confrère et ami Deroubaix pour l'ensemble du travail qu'il soumet à notre appréciation, je me permettrai d'élever plusieurs critiques à l'endroit de certaines observations rapportées à l'appui des idées qu'il expose. Je me bornerai à deux des observations qu'il relate dans le but d'étayer l'existence d'une forme *aiguë* de psychose à base d'interprétation délirante.

La première des observations porte le n° VI (p. 59 du rapport). J'y constate que, dès sa jeunesse, le sujet a donné des preuves non équivoques de troubles intellectuels qui sont de caractère identique à ceux qu'il offrira plus tard, lorsqu'il se trouvera en « état aigu ». Dès lors, il ne peut s'être agi dans la phase « aiguë » que d'une réaction, sous une apparence nouvelle d'un état qui était établi depuis bien longtemps.

Peut-être bien rentre-t-il dans le groupe décrit par Sérieux et Capgras. Mais en tous cas, il ne nous semble nullement un « aigu » tel que notre confrère Deroubaix paraît l'entendre.

L'observation n° VII porte uniquement sur l'état d'acuité constaté. Or les anamnèses font absolument défaut. De plus, il existe des présomptions graves de déséquilibre mental fondamental : « signes de dégénérescence », pour le passé, et : « l'homme absolument normal n'existe pas », voilà pour le présent.

J'estime que notre confrère Deroubaix eut été plus heureux en élaguant simplement cette observation de sa collection, suffisamment intéressante déjà au défaut de la présente.

Sous le n° XVIII, l'honorable rapporteur relate une observation de « délire chronique, type Magnan ». Il est un fait qui m'étonne dans cette relation : c'est l'extraordinaire rapidité avec laquelle se sont installées les hallucinations diverses, comme aussi combien vite s'est organisé le système délirant : en moins de deux ans. Ceci n'est pas précisément le propre délire de Magnan. Il y aurait plusieurs points de détail à relever encore. Je ne veux retenir, avec le rapporteur lui-même, qu'un document épistolaire qu'il étale p. 104. Par les répétitions de formule qu'on y retrouve, par la disposition des alinéas, ne songe-t-on pas immédiatement aux « manières » si intéressantes et si caractéristiques des déments précoces? Et le sujet ne serait-il pas plutôt un délirant précoce, forme paranoïde? Il procède de la paranoïa et de la démence précoce, précisément par tous les caractères qui, à mon avis, l'éloignent du délire chronique de Magnan et que j'ai relevés plus haut. A mon avis, ceci expliquerait parfaitement la succession des symptômes observés et l'état actuel du sujet.

Telles sont quelques-unes des remarques que je tenais à faire à l'honorable rapporteur. Ses observations cliniques ne sont peut-être pas choisies d'une façon également heureuse : mais, cela dit, je m'empresse d'ajouter que je rends hommage à son travail et à son talent de rapporteur.

M. SANO (d'Anvers). — Je tiens à insister sur les inconvénients des interrogatoires prolongés et tendancieux auxquels nous soumettons trop souvent les aliénés. Dans le cas particulier du malade de M. Cuylits, je crains qu'on ne puisse pas, au point de vue scientifique, faire grand état de semblables autobiographies. Il n'est pas sûr qu'en faisant remonter à son enfance les premières manifestations de son état morbide, le malade ne soit pas victime d'une sorte de rétrogradation dans le passé de ses conceptions délirantes; il n'est pas sûr non plus qu'il soit capable de l'acte de sincérité et d'exactitude intellectuelle qu'on prétend obtenir de lui. De même, la manière dont la malade de M. D'Hollander vient d'être interrogée devant nous, en particulier par M. Crocq, me paraît sujette à critiques; à poser des questions aussi précises sur des symptômes aussi définis, on s'expose à les suggérer; un jour ou l'autre, le malade finira par éprouver les troubles sur lesquels on l'interroge. De tels interrogatoires me semblent scientifiquement inutiles et moralement dangereux. Il faut, autour de malades tels que les paranoïaques, pra-

tiquer une sorte d'asepsie mentale, leur éviter les occasions de développer leurs conceptions délirantes et orienter en ce sens tous les interrogatoires.

M. BLONDEL (de Paris). — La bibliographie de la paranoïa est déjà si abondante, que M. Deroubaix ne pouvait songer à nous l'apporter complète. Qu'il me permette cependant de réparer ici une omission. D'après six observations recueillies dans le service de notre maître, le docteur Deny, mon ami le docteur Wallon a publié l'an dernier, sur le délire d'interprétation, une thèse dont l'intérêt est de soutenir, comme aujourd'hui M. Deroubaix contre MM. Sérieux et Capgras, la théorie kræpelinienne de l'étroite parenté du délire d'interprétation et du délire de revendication. Le terme de paranoïa me paraît moins malheureux qu'à M. Cuylits. Au cours de son rapport, M. Deroubaix a été amené à parler de paralogique. Or le *logos* répond à la pensée exprimée, le *noos* à la pensée antérieure à l'expression. La paranoïa est aussi le paralogique en puissance : donc les deux termes se valent et tirent leur commune valeur du fait qu'ils expriment un des troubles fondamentaux des psychoses systématisées. Le paralogique n'est pas pour cela démentiel et je ne puis accepter comme une preuve de démence le fait que nous a rapporté M. Crocq : on n'est pas dément pour reprendre ses convictions un instant après que la solidité d'un raisonnement semble nous avoir obligé à y renoncer. A ce compte, en effet, nous serions tous plus ou moins déments, car à tous il nous est arrivé, dans des discussions, d'être plus ou moins réduits au silence par les arguments de nos adversaires, sans pour cela changer d'opinion. Les raisonnements sont loin de faire toutes nos convictions. Il y a déjà deux siècles que, d'après Pascal, M. de Roannez disait qu'il avait d'abord une opinion et que les raisons lui en venaient après. Quant à la malade de M. D'Hollander, M. Crocq nous affirme qu'elle a des hallucinations gustatives. Mais ne se pourrait-il pas qu'elle n'eût que des interprétations? Dans le domaine de l'audition, nous distinguons les hallucinations et les interprétations, et nous sommes en état d'en faire le diagnostic. Il est bien difficile de ne pas admettre que, dans le domaine du goût, il n'y ait pas également hallucinations et interprétations, mais le diagnostic m'en paraît actuellement impossible.

M. SANO. — J'estime également que le diagnostic différentiel des hallucinations et des interprétations est souvent très épineux. Encore une fois, la malade de M. D'Hollander me paraît avoir été interrogée d'une manière tendancieuse qui enlève beaucoup de leur valeur à ses réponses. Et je persiste à considérer comme éminemment utiles les pratiques cliniques et thérapeutiques auxquelles j'ai donné le nom d'asepsie mentale.

M. D'HOLLANDER. — L'intérêt tout spécial du cas réside dans l'évolution du syndrome de Ganser — déjà rare en lui-même — au cours d'une paranoïa simple chronique. A ma connaissance, association semblable de ces deux états psychotiques n'a pas encore été décrite. A nous, la malade ne nous a jamais accusé ses sensations gustatives anormales, que, par l'interrogatoire tendancieux de M. Crocq, elle vient d'émettre. Les idées et les interprétations délirantes que nous avons recueillies, sont l'expression spontanée de son état mental; nous nous sommes bien gardés de lui poser des questions aussi suggestives. Avec MM. Blondel et Sano, nous sommes d'avis que dans certains cas, il est impossible de distinguer entre des interprétations et des hallucinations gustatives. Nous estimons que chez D. B... il s'agit d'inter-

prétations délirantes de sensations gustatives anormales, dues probablement à des fermentations gastro-intestinales. En effet, la malade mange avec voracité : c'est une vraie boulimie.

D. B... est toujours à l'affût des menus faits et gestes à l'Asile; sous l'influence des tendances interprétatives, les incidents les plus futiles deviennent aliment à son délire. C'est sous la poussée de ses interprétations morbides qu'un beau jour elle découvre que la viande « n'est pas naturelle, est fabriquée avec de la sciure de bois, etc. » ; qu'il y a deux sortes de pains à l'asile; l'une lui est destinée spécialement et renfermerait des substances abortives : de la chaux, du savon et aussi de l'ergot de seigle, comme elle vient de dire pour la première fois. A mon avis, ce ne sont pas là des hallucinations. Qu'importe d'ailleurs. Ce n'est pas cette unique et hypothétique hallucination gustative qui modifierait le diagnostic : paranoïa simplex chronica ou délire d'interprétations. Car, chez D. B..., ce sont les idées et les interprétations qui jouent le rôle principal dans son système délirant.

M. CROCQ. — La malade déclare spontanément, et sans que je lui fasse aucune suggestion, que ses aliments ont un goût acide, amer, etc. J'en conclus qu'elle a des hallucinations du goût sur lesquelles elle brode des interprétations délirantes : ce goût est dû à des poisons qu'on incorpore à ses aliments, etc.

Si la malade n'a jamais fait ces déclarations à M. D'Hollander, c'est parce qu'elle dissimule et le soupçonne d'être complice de ses empoisonneurs. La dissimulation est fréquente chez les persécutés qui cachent soigneusement un grand nombre de leurs hallucinations et de leurs idées délirantes pour mieux observer leurs persécuteurs.

La distinction entre l'illusion et l'hallucination ne me paraît pas aussi difficile qu'on veut bien le dire : l'illusion est constituée par la transformation d'une perception qui est faussement ressentie; l'hallucination est une impression créée de toutes pièces. La malade accusait un goût amer ou acide dans tous ses aliments, même dans les plus insipides; elle a donc des *hallucinations*.

En ce qui concerne l'interrogatoire des persécutés, je crois qu'il est nécessaire de l'approfondir sans trop craindre d'étendre leurs idées délirantes : ces malades ne sont pas suggestibles, leur système est bien arrêté, bien précis, ils en sortent difficilement. Il ne faut évidemment pas s'efforcer de cultiver leurs interprétations fausses, mais il ne faut pas non plus pousser la pusillanimité jusqu'à craindre de les interroger. Je prétends n'avoir jamais suggéré aucune idée délirante à un paranoïaque, tout en mettant au jour, par un interrogatoire serré, les conceptions délirantes qu'il cherche à dissimuler.

M. DEROUBAIX. — Je dois d'abord remercier M. Dupré des éloges qu'il m'a prodigués; je mentirais si je n'avouais pas que j'y suis très sensible et que j'en suis très flatté ainsi que très reconnaissant pour l'encouragement qu'ils m'ont donné.

Je regrette que le temps nous ait manqué pour pouvoir lire entièrement les objections de MM. Sérieux et Capgras. Ces auteurs supposent que j'ai cru qu'ils séparaient leur délire de revendication de la paranoïa.

Je ne crois pas avoir dit cela dans mon rapport; mais, pour exprimer convenablement ma pensée, je dirai qu'ils font du délire d'interprétation et du délire de revendication deux espèces distinctes d'un même genre, tandis que je crois plus conforme aux faits de faire du délire de revendication une

variété de la paranoïa simple et, quoique ces auteurs donnent à l'appui de leur manière de voir bien des raisons qui ne manquent pas de poids, je continue à croire tout de même que ces différences qu'ils trouvent entre le délire de revendication et le délire d'interprétation, ne sont pas fondamentales et suffisantes pour faire du délire de revendication autre chose qu'une variété de la paranoïa simple. En effet, ne trouvons-nous pas à la base même un état de dégénérescence mentale, un caractère primordial particulier, prédestiné pour ainsi dire? Ne constatons-nous pas l'échaufaudage du délire sur des interprétations fausses et l'absence de troubles sensoriels comme donnant un cachet spécial au délire? La marche n'en est-elle pas la même, lente, n'arrivant que très tardivement, dans les cas chroniques, à un état plus ou moins démentiel, avec conservation de l'activité intellectuelle et d'une logique apparente des raisonnements jusqu'à un âge très avancé? Tous ces caractères fondamentaux se retrouvant dans le délire de revendication, je crois qu'il n'y a pas lieu d'en faire une entité morbide spécifique et qu'il vaut mieux le considérer comme une variété de la psychose systématisée simple ou paranoïa simple. Il y a d'ailleurs des cas intermédiaires échelonnés entre les deux variétés.

Quant à savoir s'il faut appeler démence l'état dans lequel arrivent les malades atteints du délire d'interprétation qui ne guérissent pas, je me suis suffisamment expliqué là-dessus, c'est-à-dire que je considère qu'il y a chez eux finalement une diminution de l'activité psychique caractérisée surtout par la disparition graduelle des interprétations. Ils finissent par affirmer sans plus tenter de prouver leurs allégations. MM. Sérieux et Capgras mettent cet état sur le compte de la sénilité ou du long séjour à l'asile. Il y a du vrai là-dedans; mais il est à remarquer que cet état survient aussi chez des malades n'ayant jamais été internés et qu'on ne peut pas toujours incriminer la sénilité qui devrait, dans ces cas, se manifester dans d'autres domaines, ce qui est loin d'être toujours constaté. Je préfère croire que la psychose elle-même y a joué son rôle. L'état démentiel n'est d'ailleurs jamais aussi profond que dans les autres psychoses, mais il me semble que cette perte de l'activité psychique étant irrémédiable, elle peut être considérée comme démentielle si nous nous en rapportons à la définition de M. Dupré, qui caractérise la démence par une perte, fût-elle minime, dans les facultés intellectuelles, du moment qu'elle peut être considérée comme définitive.

MM. Sérieux et Capgras n'admettent pas les formes aiguës du délire d'interprétation. Les cas donnés comme tels, jusqu'ici, seraient pour eux l'une fois du délire d'emblée, l'autre fois de la folie maniaque-dépressive.

Il serait difficile de classer sous ces rubriques certains cas que j'ai rapportés et d'autres par divers auteurs, et quant à supposer que les guérisons ne sont que des rémissions, on ne peut cependant faire sans considérer comme guéris des malades n'ayant plus présenté de délire depuis plusieurs années, voire depuis plus de huit ans. Les formes aiguës sont très rares, j'en conviens, beaucoup plus rares que les formes chroniques, c'est incontestable, mais il est permis de croire qu'on les rencontre. Pour ma part, je ne vois pas moyen de porter un autre diagnostic dans plusieurs cas.

La psychose systématisée hallucinatoire est rapprochée par Sérieux et Capgras de la forme paranoïde de la démence précoce. Sans aller aussi loin que Soukanoff, qui confond ces deux entités morbides, ils ne font pas rentrer la psychose systématisée hallucinatoire dans la paranoïa. La paranoïa telle qu'ils l'entendent, comprend deux espèces d'affections : le délire d'interprétation et le délire de revendication. La psychose systématisée hallucinatoire ne

rentre pas, pour eux, dans la paranoïa. Je crois que c'est un tort. Dans la psychose systématisée hallucinatoire, nous trouvons aussi presque toujours un caractère antérieur spécial, et si, dans la psychose systématisée simple, le malade base ses conceptions délirantes sur des faits le plus souvent exacts, qu'ils soient travestis ou altérés peu importe, et interprète faussement ses réalités, dans la psychose systématisée hallucinatoire, le malade base son délire sur des hallucinations et interprète celles-ci, mais il faut bien considérer que, pour le malade, ce sont des réalités. L'analogie existe donc. De plus, si la psychose systématisée hallucinatoire aboutit à la démence dans les cas chroniques et à une démence plus rapide et plus profonde que la psychose systématisée simple, il n'y a pas de comparaison entre la forme paranoïde de la démence précoce, où le malade ne systématise pas ou à peine, est le plus souvent d'une incohérence frappante et où la démence se révèle presque au début de la maladie.

Je crois donc plus conforme aux faits de décrire une paranoïa simple et une paranoïa hallucinatoire comme deux espèces de la paranoïa, nom générique ou, si l'on préfère, une psychose systématisée simple et une psychose systématisée hallucinatoire comme deux espèces de la psychose systématisée, nom générique.

M. Boulenger me demande si un malade présentant des hallucinations et interprétant celles-ci doit être classé dans la paranoïa simple ou hallucinatoire. C'est précisément la présence des hallucinations à la base du déire et donnant son cachet à celui-ci qui fait diagnostiquer la paranoïa hallucinatoire. Quand il existe des hallucinations dans la paranoïa simple, ce n'est qu'épisodique et absolument contingent. Elles ne sont pas à la base du délire et ne lui impriment pas un cachet spécial comme dans l'autre cas. De plus, dans les formes chroniques, la démence arrive plus rapidement et est beaucoup plus profonde que dans la paranoïa simple. Il n'y a évidemment pas de limites mathématiques, et un paranoïaque halluciné peut avoir conservé sa lucidité après un certain nombre d'années encore, mais le fait certain, c'est qu'il arrivera à la démence plus rapidement que dans la paranoïa simple et aboutira à une démence beaucoup plus profonde.

Ce que je viens de dire s'applique également à l'objection de M. Crocq et, au surplus, en ce qui concerne celle-ci, je la trouve suffisamment résolue par les remarques si judicieuses de M. Blondel, dont je partage entièrement l'opinion, ainsi que par l'observation de M. Sano concernant la suggestion possible de ces sortes de malades par des interrogatoires et des investigations à outrance.

Où je partage l'idée de M. Crocq, c'est quand il dit à M. Cuylits que les divers symptômes rapportés par celui-ci semblent indiquer un cas de psychasténie. Je ne trouve pas que le délire d'interprétation a pour origine l'idée obsédante, et autre chose est, à mon avis, — et M. Cuylits paraît les confondre, — l'idée obsédante et l'idée fixe. Le terme d'obsession implique non seulement la fixité de l'idée qui occupe constamment le champ de la conscience, mais aussi le sentiment de malaise qu'elle y crée. L'obsédé souffre de son état, il cherche à chasser l'idée du champ de la conscience; le paranoïaque qui a, par exemple, une idée fixe de grandeur, n'est pas du tout dans cet état, il s'y complaît au contraire.

Quant à savoir si le terme de paranoïa est bien choisi et s'il était nécessaire de ressusciter ce mot, employé par les Grecs, et de le transplanter dans la langue française, plutôt que d'employer celui de paralogie ou un autre, je dirai que la langue française, comme les autres langues, reçoit et emploie des

mots étrangers, et que je partage pleinement l'opinion de M. Blondel, qui a répondu à cette objection de M. Cuylits.

M. Deny m'a fait l'honneur de me complimenter chaleureusement, et je l'en remercie bien sincèrement. Il me demande si ce que j'entends par paranoïa simple n'est pas le délire systématisé chronique. Non, je fais rentrer dans la paranoïa simple le délire d'interprétation et le délire de revendication de MM. Sérieux et Capgras. De plus, le qualificatif de chronique s'y adapte mal puisque je crois qu'il en existe des formes aiguës. Je ne considère le délire de revendication, comme je l'ai déjà dit, que comme une variété de la paranoïa simple.

M. Specht se défend, me dit M. Deny, d'être partisan, comme je l'ai écrit, de l'origine exclusivement affective de la paranoïa. L'erreur que j'ai commise s'explique : M. Specht fait certains rapprochements entre la manie, la mélancolie et la paranoïa et, au point de vue pathogénique, semble leur donner certains contacts. Or nous avons été habitués à considérer la manie et la mélancolie comme des psychoses affectives. J'ai supposé qu'il était du même avis pour la paranoïa. Je suis heureux de savoir qu'il admet plutôt l'origine idéo-affective de la paranoïa et de nous rencontrer ainsi en communion d'idées.

Quant aux paranoïas secondaires dont parle M. Deny, je crois qu'il vaut mieux ne pas compliquer la nomenclature des maladies mentales et les considérer comme des syndromes épisodiques éclatant au cours de certaines psychoses définies et ne pas les faire rentrer dans la paranoïa essentielle.

Aux observations présentées par M. Ley, je ne puis mieux faire que répéter ce qu'en a dit M. Blondel : si nous admettons l'idée de M. Ley, il faut logiquement considérer comme déments tous les délirants; or cela n'est pas et est impossible de par la définition même de la démence, puisque certains délirants guérissent et que l'idée de démence implique l'irrémédiabilité de la perte subie.

Quant à savoir s'il ne peut y avoir des hallucinations dans la paranoïa simple, je me suis expliqué là-dessus et dans mon rapport et tout à l'heure encore, en réponse à M. Boulenger.

Je suis pleinement de l'avis de M. Ley, et j'avais d'ailleurs émis cette idée dans mon rapport, au sujet de l'éducation, de la direction spéciale, à donner aux enfants présentant des anomalies du caractère, au point de vue prophylactique.

L'objection de M. Sano concernant l'étiologie de la paranoïa ne manque pas d'intérêt. Je ferai remarquer qu'elle peut coexister avec d'autres psychoses, comme nous l'avons vu, mais il faut bien observer qu'il est nécessaire de ne pas la confondre avec les symptômes paranoïaques que nous pouvons incidemment rencontrer dans d'autres psychoses et en faire état pour conclure à des psychoses combinées, car ce ne sont alors que des symptômes épisodiques, absolument contingents, n'imprimant pas une allure spéciale à la maladie dans laquelle nous retrouvons les symptômes fondamentaux, caractéristiques, qui la font classer. Quant à l'asepsie mentale, j'ai dit ce que j'en pensais et je répète, avec lui, qu'il est imprudent, dans le délire d'interprétation en particulier, de pousser trop loin des investigations qui peuvent faire office de suggestions.

Les objections de M. Masoin concernent surtout les observations que j'ai rapportées; je dois dire que j'en suis étonné. Il trouve insuffisant de me baser sur les observations VI et VII pour conclure à la possibilité de la guérison de la paranoïa simple. Je ne parlerai pas de l'observation VII, qu'il trouve insuffisamment fouillée et que je dois à l'obligeance de M. Sano. Celui-ci a

parfaitement justifié sa manière de voir. En ce qui concerne l'observation VI, M. Masoin l'a probablement lue trop rapidement, car je ne dis pas, comme il le prétend, que ce sujet délirait depuis l'âge de 14 ans, mais qu'il a été à l'école jusqu'à cet âge. Il n'a commencé à délirer que vers l'âge de 25 ans, à la suite de déceptions dans des projets de mariage. Cependant que M. Masoin semble également ignorer mon observation V, qui est suffisamment détaillée et suggestive, ainsi que l'observation de M. Séglas, dont je donne un résumé fidèle, et le fait que MM. Sérieux et Capgras eux-mêmes, avec beaucoup d'auteurs, considèrent le délire de revendication, le délire des quérulants, pouvant être curable. Or les différents cas que je signale et le fait que j'incorpore, comme la majorité des auteurs du reste, le délire de revendication dans la paranoïa simple, m'autorisent à conclure à juste titre, ce me semble, à la possibilité de la guérison dans certains cas de paranoïa simple.

En ce qui touche à l'observation XVIII, je ferai remarquer que cet individu a passé par un stade de mélancolie; le diagnostic en a été fait par M. Claus, après quoi il a manifesté du délire de persécution, et M. Claus a modifié son diagnostic en celui de paranoïa; ce n'est que plus tard qu'il a présenté des idées de grandeur et a été diagnostiqué délire chronique par M. Delaunay. Depuis quelques années, il est devenu dément. Ce sont bien là les quatre stades de la maladie, tels qu'ils ont été dépeints. M. Masoin me dit : « Mais c'est un dément cela; ses lettres, son style ,sa façon d'écrire, tout indique son état de démence. » Nous sommes parfaitement d'accord, je n'ai jamais dit autre chose; mais ce malade n'a pas toujours été ainsi. Il y a plus longtemps, il n'aurait pas écrit de la sorte. Il a évolué, c'est ce que je voulais démontrer. Cet homme délire depuis plus de douze ans, et M. Masoin n'en tient pas compte.

Il me reste à répondre à M. Blondel.

Je regrette de n'avoir pas eu connaissance du travail de M. Wallon au moment où j'ai écrit mon rapport: je n'aurais eu garde de le signaler et même de l'analyser sérieusement, d'autant plus qu'il conclut à ne faire du délire de revendication qu'une variété de la paranoïa simple, comme je le fais moi-même dans mon rapport, et je suis heureux et fier de me rencontrer en aussi bonne compagnie.

Je dois remercier M. Blondel des réponses si adéquates qu'il a faites à diverses objections présentées entre autres par MM. Cuylits, Crocq et Ley. Je lui en sais gré, surtout pour avoir pu ainsi écourter un peu ma réponse.

Je crois avoir rencontré les diverses objections qui ont été soulevées, et je termine en vous remerciant tous de l'attention soutenue que vous avez prêtée au développement de mon rapport et de la courtoisie toute confraternelle qui a été à la base de sa discussion.

Un cas de benzinomanie

M. FAMENNE (de Florenville). (Voir l'article original paru dans le n° 21, p. 404.)

Rapport de la Commission d'examen pour infirmières et infirmiers, nommée par le Congrès d'Anvers (1907)

par les Drs MABILLE, BIENFAIT et LEY

—

MESSIEURS,

La Commission a pour devoir de vous rendre compte, au moins une fois par an, de ses travaux. Elle a tenu jusqu'à présent quatre sessions, chaque année en mai et en novembre.

Le nombre d'infirmières et d'infirmiers qui se sont fait inscrire est le suivant :

Première épreuve. — Première session : 10; deuxième session : 5; troisième session : 8; quatrième session : 5.

Deuxième épreuve. - Première session : 1; deuxième session : 14; troisième session : 7; quatrième session : 0.

Troisième épreuve. — Première session : 1; deuxième session : 3; troisième session : 0; quatrième session : 3.

Six diplômes finaux ont été délivrés.

Les frais des examens ont été couverts par les droits d'inscription.

Le programme des examens a été un peu augmenté en ce sens que nous y avons ajouté des notions d'électrothérapie, d'hydrothérapie, de psychothérapie et des notions sur les principales affections nerveuses.

La nouvelle situation créée par le diplôme de l'Etat a été résolue très facilement dans ce sens que nous avons considéré ce diplôme comme équivalent à la seconde épreuve de notre examen, à condition, toutefois, que les candidats aient fait un stage réel de deux ans dans un hôpital et y aient suivi régulièrement les cours d'une école bien organisée. Le diplôme final mentionne cette particularité.

Le jury a fonctionné sans difficultés. Il croit devoir pousser au maintien des examens institués par les sociétés, et visera à établir, parmi les diplômés de l'Etat, une sélection et une émulation favorable. La nécessité de continuer et de perfectionner les études des infirmières et des infirmiers sera ressentie par tous ceux qui se donnent la peine d'éduquer leur personnel.

———

Session de 1911

—

L'assemblée décide qu'il n'y aura pas de Congrès belge en 1910. Le vingtième Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue français devant se réunir à Bruxelles du 1er au 7 août 1910, il parait préférable de remettre à 1911 la future session du Congrès belge. Cette session se tiendra à Bruges; la date, les questions à discuter et les rapporteurs seront désignés par les bureaux des sociétés de médecine mentale et de neurologie.

M. DECROLY, président, clôture le Congrès.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Surmenage scolaire

Rapport présenté au Ve Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie
(Mons, septembre 1909)

par Mlle Dr I. IOTEYKO
Chef des travaux au laboratoire de psycho-physiologie
de l'Université de Bruxelles
Lauréate de l'Institut et de l'Académie de médecine de Paris

I. LA MÉTHODE PATHOLOGIQUE

Dans ce rapport sur le *surmenage scolaire,* la question sera traitée au point de vue de la psychologie pédagogique et de l'hygiène scolaire. Il s'agit de reconnaître, en se basant sur les études de la physiologie, de la psychologie expérimentale et quelquefois aussi de la pathologie, si les enfants à l'age scolaire sont soumis à un travail intellectuel outre mesure, dépassant leurs forces et menant au surmenage; et, le cas échéant, s'il ne serait pas possible, par des moyens appropriés, de remédier à cet état de choses. Mais pour pouvoir répondre à la question ainsi posée, il faut indiquer les procédés d'analyse du travail mental, car ce sont les résultats de cette analyse qui pourront seuls nous éclairer quant à l'existence même de la fatigue ou du surmenage.

C'est à peine s'il est nécessaire de mentionner que la question de la fatigue intellectuelle et du surmenage n'a surgi dans les écoles qu'avec l'apparition de la pédagogie nouvelle, c'est-à-dire *expérimentale.* Encore naguère, tout paraissait être résolu, aussi bien les programmes d'études, que la répartition des classes, des examens, et aussi la capacité des élèves, leur compréhension aux différents âges.

Que tout n'était pas pour le mieux dans l'organisation scolaire — on pouvait déjà l'admettre en se basant sur les résultats de la *méthode pathologique* de recherches. De l'importante discussion sur le surmenage scolaire, tenue à l'Académie de Médecine de Paris (1886-1887), il résulte que le rôle pathogène de la fatigue intellectuelle est considérable. Cette discussion, quoi qu'on en ait dit, a eu pour effet d'attirer l'attention sur la question si importante du surmenage scolaire. Il y a là un vaste champ d'études qui consisterait à tenir parti de la défectuosité même de notre système scolaire, afin d'en démontrer les erreurs. Cette source d'informations ne devait pas être négligée, et elle s'impose avant tout. Somme toute, la méthode pathologique se baserait sur des faits dûment démontrés pour prou-

ver l'échec de notre système d'éducation scolaire, lequel peut être considéré comme une expérience mal réussie (1).

D'ailleurs des mensurations plus exactes sont venues confirmer le bien-fondé de ces assertions.

Déjà en 1888 Carstädt (2) constatait que les enfants qui entrent à l'école subissent un arrêt de développement; ce n'est qu'à partir de 8 ans que celui-ci devient régulier et normal.

Schmidt-Monnard (3) constate en 1894 que les courbes de l'accroisement en taille et en poids présentent une descente forte à l'âge de 7 et de 9 ans, aussi bien chez les garçons que chez les filles; l'auteur pense que ce phénomène est causé par l'école. Il a pu d'ailleurs comparer un autre groupe d'enfants de cet âge qui n'allaient pas à l'école avec un autre qui la fréquentaient. Ces derniers ont l'accroisement en poids et en taille nettement inférieur. Les mensurations de Schmidt-Monnard ont été faites pour les enfants de Halle a. S.

En ce qui concerne les époques de l'année, l'augmentation de poids est la plus forte dans la deuxième moitié de l'année; en mars on observe même une légère diminution de poids.

Ces variations ne se produisent pas chez les plus jeunes enfants.

Le même auteur ayant examiné 5,100 écoliers et 3,200 écolières de Halle, a pu déterminer le nombre d'enfants atteints d'anémie, de chlorose, de céphalalgie, de nervosité, d'insomnie, de manque d'appétit, de troubles de la digestion, d'épistaxis, d'inflammation chronique des muqueuses, des troubles visuels. Ces troubles, tant chez les garçons que chez les filles, sont en rapport direct avec la bonne ou la mauvaise organisation de l'école.

L'auteur trouva chez les garçons, comparés aux jeunes filles (de la même classe sociale), de 5 à 10 p. c. moins d'indices pathologiques. Schmidt-Monnard conclut en disant qu' « il sort plus d'enfants malades de nos écoles qu'il n'en entre ».

Et Axel Key a attiré l'attention sur l'augmentation presque continue du nombre d'enfants maladifs dans les classes successives des écoles (payantes) de Stockholm : la première année 17 p 100, la deuxième 30,7 p. 100, la quatrième 40,6 p. 100. Et d'ailleurs l'auteur

---

(1) Voir : IOTEYKO. La fatigue intellectuelle et sa mesure (conférence du laboratoire de psycho-physiologie de l'Université de Bruxelles, *Revue de l'Université*, avril 1903).

(2) *Zeitschr. für Schulgesundheitspflege*, I, 1888, 65. Cité par Schuyten : *L'Education de la Femme*, p. 28, Paris, 1908.

(3) SCHMID-MONNARD. *Jahrb. f. Kinderheilkunde*, 1894, 1895. — *Zeitschr. f. Gesundheitspflege*, 1897. — Die chronische Kränklichkeit in unseren mittleren und höheren Schulen (XIIe Congrès intern. de médecine de Moscou, 1897). — Voir aussi Schuyten : Qu'est-ce que le surmenage? (*Revue psychologique*, fasc. 3, 1908), et *L'Education de la Femme*, Doin, Paris, 1908, p. 28. On y trouvera les chiffres rapportés par SCHMID-MONNARD

lui-même a constaté qu'il y a plus de malades parmi les enfants qui fréquent l'école que parmi ceux qui sont exempts de toute scolarité. Les filles souffriraient beaucoup plus des situations scolaires que les garçons, spécialement en ce qui concerne les variations de poids.

D'autres expériences se prononcent dans le même sens. Wretlind (1) a fait peser les enfants des écoles de filles de Gottenburg à la fin des études, en juin, et après les vacances en septembre. Les enfants au-dessus de 8 ans augmentent plus rapidement en poids pendant les vacances d'été que pendant les neuf mois de l'année scolaire.

Des expériences analogues ont été faites par Vahl (2) en Danemark. Les résultats obtenus concordent avec les précédents : les enfants augment plus de poids pendant les six mois d'été que pendant les six mois d'hiver; la différence est environ égale au tiers.

Des résultats semblables furent obtenus par Malling-Hausen (3). Binet (4) a recueilli des chiffres sur la diminution du poids chez les élèves de l'école normale d'instituteurs de Versailles après les examens. Ces élèves avaient été pesés en mai et l'ont été de nouveau après les examens au commencement d'août. Sur vingt élèves il y en a douze dont le poids a diminué après les examens; chez trois élèves il est resté le même, et enfin seulement chez six élèves il a augmenté.

Parallèlement à ces expériences viennent les mensurations de Binet et Henri (5) relativement à la consommation de pain dans quatre écoles normales supérieures pendant toute la durée d'une année scolaire, depuis octobre jusqu'à juillet. Le pain est donné à discrétion aux élèves.

Malgré quelques causes d'erreur inhérentes à ce mode de recherches, les auteurs ont pu trouver que la consommation moyenne du pain a été de 750 grammes par jour pour les garçons, et de 550 grammes pour les filles. La direction générale des deux courbes qui expriment la consommation de pain au cours de l'année est la descente; la diminution de la quantité consommée est d'environ 200 gr. pour les garçons et de 100 gr. pour les filles. Cette diminution se fait graduellement, avec quelques irrégularités que l'on peut attribuer à des changements de température, ou à d'autres causes inconnues; mais si grandes qu'elles soient ces irrégularités ne masquent nullement la direction descendante des courbes; et comme la descente commence avec l'année scolaire, en octobre, et atteint son maximum vers la fin de l'année scolaire, en juillet, il est extrêmement probable qu'elle est sous l'influence du travail des études, et aussi de l'état

---

(1, 2, 3, 4, 5) A. BINET et V. HENRI. *La Fatigue intellectuelle*, vol. de 338 p., Schleicher, Paris, 1898, pp. 217-224.

émotionnel que les élèves éprouvent à l'approche des examens qui ont une si grande importance pour leur avenir. Les auteurs admettent qu'un autre groupe d'individus de même âge qui ne feraient pas de travail intellectuel dans les mêmes conditions, ne présenterait pas une diminution de la consommation de pain, diminution commençant en octobre et croissant jusqu'en juillet. Ces chiffres montrent par conséquent que le travail intellectuel prolongé ralentit l'appétit, et très probablement aussi la nutrition. La diminution de poids observée par plusieurs auteurs serait due, en grande partie du moins, à cette cause.

Schuyten (1) a calculé le débit d'une grande coopérative fournissant mensuellement de 600 à 700 mille pains. Il a constaté que la consommation du pain, bases de la nourriture des populations ouvrières, se développe en général parallèlement, à travers l'année, à la courbe de la température atmosphérique. Si nous devons tenir ces faits pour exacts, — ce qui étonne un peu, car les besoins alimentaires des êtres à sang chaud doivent augmenter en hiver, à cause de la déperdition thermique, — il y aurait là un critère de la « normalité » du phénomène, et alors on serait en droit d'affirmer avec plus de certitude encore que le phénomène observé par Binet et Henri est anormal, et dû à la vie scolaire.

Faisons remarquer pourtant, que les constatations basées sur la consommation d'un seul aliment (le pain, dans le cas actuel) sont nécessairement entachées d'erreurs, car, outre que les individus examinés peuvent se procurer un surplus du même aliment puisé à une source différente, rien ne vient nous dire si la diminution d'un aliment n'est pas compensée par une augmentation de la ration d'un autre. Ainsi, on peut supposer que, pendant les mois d'été, la consommation de pain a augmenté chez les individus, parce que la quantité de viande, de poisson, etc., a diminué. Il serait très utile de se livrer dans les écoles (internats) à de véritables *enquêtes alimentaires,* où tous les ingesta des élèves seraient exactement connus quant à leur quantité et à leur qualité. Les courbes ainsi obtenues nous révéleraient des faits du plus haut intérêt.

D'autres influences pathogènes doivent être signalées. Ainsi, l'augmentation de la myopie en rapport avec la durée des études, constatée par Cohn, en Allemagne, et après lui, par un grand nombre de médecins oculistes, est en grande partie imputable à l'école, quoique due à des causes très diverses (éclairage insuffisant, habitude de regarder de trop près, caractères d'imprimerie trop petits, etc.) (2).

---

(1) SCHUYTEN. La courbe annuelle de l'énergie vitale (*Revue psychologique,* fasc. 2, 1908).

(2) Voir le chapitre « La Vision » de notre *Aide-mémoire de Psychologie expérimentale et de Pédologie,* Bruxelles, 1909.

Il en serait de même pour l'augmentation des cas de déviation de la colonne vertébrale, de la scoliose en particulier. Les chiffres fournis par Eulenburg sont très significatifs à cet égard, bien que des travaux récents aient démontré que ce n'est pas de l'école que nous vient tout le mal et que l'hérédité joue un rôle déterminant dans le développement de ces affections.

La liste de toutes les affections et troubles constatés durant la vie scolaire serait trop longue pour pouvoir être énumérée. A côté des signes d'anémie et de vitalité diminuée, on peut relever des signes directs de fatigue cérébrale et d'irritabilité nerveuse. Ainsi, suivant le Dr Mathieu, les écoliers dorment moins bien, et leur sommeil est moins reposant. Beaucoup de jeunes gens sont agités et rêvent tout haut de leurs devoirs, récitent tout haut des fragments de leurs leçons. Le mal de tête est très fréquent chez les écoliers, c'est chez eux le premier signe de surmenage intellectuel. En même temps ils accusent une sensation de fatigue plus ou moins accentuée et une incapacité de travail que l'on considère parfois comme une manifestation de pure paresse. Les saignements de nez ne sont pas rares.

Certains enfants deviennent agités, irritables, ils présentent des tics et en particulier des tics des paupières. Ils ne peuvent plus observer l'immobilité prescrite. Et leur esprit est aussi mobile que leur corps. Leur écriture est tourmentée, irrégulière, leurs devoirs médiocres, les leçons mal sues.

Ces accidents peuvent disparaître avec un repos suffisant et des jeux modérés en plein air.

Les accidents graves du surmenage intellectuel ne s'observent guère que chez les élèves les plus âgés à l'approche des examens terminaux et surtout des concours. Des jeunes gens qui jusque-là pouvaient être laborieux et bien doués et qui tenaient la tête de leur classe présentent des maux de tête, de l'insomnie, de la fatigue permanente, de l'incapacité au travail intellectuel. Souvent ils accusent des étourdissements, des vertiges. Ils ont des poussées brusques de rougeur et de pâleur de la face. C'est ainsi qu'un jeune candidat à l'école militaire de Saint-Cyr, dont les notes étaient du reste excellentes, se vit refuser parce qu'il fut pris au cours de l'épreuve d'escrime d'un étourdissement.

Des troubles digestifs se montrent souvent en même temps que les troubles nerveux. Le Dr Mathieu a publié l'histoire de la neurasthénie juvénile (1). Des jeunes gens, la plupart excellents élèves, ont dû abandonner leurs études et renoncer à la carrière libérale qu'ils voulaient embrasser et dans laquelle ils espéraient se faire, de

---

(1) Dr MATHIEU. Neurasthénie et dyspepsie chez les jeunes gens (*Intern. Archiv f. Schulhygiene*, Bd. I, Heft. 2).

haute lutte, une place enviable par le concours. Cet auteur, d'autre part, a été souvent consulté par des personnes arrivées à un âge mûr dont la dyspepsie et la neurasthénie lui ont paru remonter à l'âge scolaire, surtout à la période à laquelle ils étaient parvenus dans les dernières classes.

Le Dr Griesbach (1) dit que la fatigue occasionnée par les examens du lycée de Mülhouse est énorme. Certains élèves suivent même un traitement médical. Ils éprouvent des maux de tête et des palpitations de cœur. Les nuits sont sans sommeil, les rêves ont pour objet les préoccupations scolaires. La nervosité est extrême. Parmi les signes les plus saillants du surmenage intellectuel, il y a la sensation de constriction à la tête, notamment à sa partie postérieure ainsi qu'au-dessus des yeux (front). A l'âge adulte on peut joindre à ces signes des modifications de la sensibilité, une exagération des réflexes et une grande excitabilité du système circulatoire.

Griesbach arrive à conclure qu'aucun écolier, et même aucun adulte n'est en état de poursuivre, sans danger pour sa santé, un travail intellectuel journalier d'une durée telle que l'exigent actuellement les programmes des écoles. Il n'y a rien d'étonnant à voir se développer dans ces conditions le surmenage avec toutes ses conséquences. Les symptômes nerveux décrits peuvent être considérés comme les premiers signes de la neurasthénie. Les examens présentent un réel danger au point de vue de l'hygiène du système nerveux. On exige des élèves des efforts de mémoire tout à fait invraisemblables. Et pourtant l'examinateur ne peut prétendre à se faire une idée exacte des connaissances réelles de l'élève en l'examinant pendant un instant. Les élèves quittent fatigués le banc de l'école et entrent fatigués à l'Université, dit Griesbach.

Nous voyons, d'après ces quelques données, que la méthode pathologique a conduit les chercheurs à des résultats très intéressants, qui démontrent avec toute évidence que le milieu scolaire, tel qu'il est, peut devenir nuisible pour la santé de l'enfant. Malheureusement, quelques auteurs ont eu l'idée fâcheuse de condamner de ce fait tout notre système scolaire. Certains d'entre eux se sont même prononcés contre l'enseignement obligatoire, en motivant cette opinion par des raisons soi-disant pédagogiques! — On n'oubliera pas que la plus mauvaise des écoles est encore bien préférable à un manque complet d'instruction, et que du moment que les défectuosités de l'organisation scolaire ont pu être constatées, les mesures nécessaires seront prises pour remédier à cet état de choses.

Nous devons être reconnaissants aux méthodes pathologiques de

---

(1) GRIESBACH. *Energetik und Hygiene des Nervensystemes in der Schule* (München und Leipzig, 1895).

nous avoir dévoilé les différents troubles qui menacent la jeunesse scolaire durant son séjour à l'école. Mais les méthodes pathologiques à elles seules sont insuffisantes.

Premièrement, elles ne nous démontrent que des troubles extrêmement graves. Le surmenage scolaire modéré, une mauvaise distribution des cours, un enseignement peu intéressant et peu utile peuvent produire des effets désastreux sur l'intelligence des enfants, sans qu'aucun trouble pathologique proprement dit s'en suive nécessairement. Il faut des conditions vraiment néfastes de travail, pour que la fatigue intellectuelle retentisse sur le côté physique, pour qu'elle produise une diminution de poids ou un abaissement de la force.

D'autre part, les méthodes pathologiques ne nous permettent pas d'analyser le phénomène de la fatigue intellectuelle, elles prennent tous les effets de la scolarité « en bloc ». Il est vrai que parmi les signes constatés quelques-uns paraissent se rattacher intimement à la fatigue intellectuelle proprement dite, tels sont par exemple les symptômes qu'on observe à l'approche des examens et pendant cette période, bien qu'ici encore il serait impossible de distinguer ce qui revient à la fatigue et ce qui est dû à son accompagnement émotionnel. Mais la plupart des signes pathologiques peuvent être mis aussi bien sur le compte de la fatigue que d'autres circonstances fâcheuses, comme la viciation de l'air, la sédentarité, etc., etc.

Il est donc nécessaire d'employer d'autres méthodes de recherches concuremment avec la méthode pathologique.

II. Malmenage et surmenage

Avant d'aborder l'étude de la fatigue nous devons séparer les effets du *malmenage* de ceux du *surmenage*. Le Dr Mathieu emprunte l'expression de malmenage à Jayrer (1). « Quand, sans lui imposer de travail intellectuel, on place l'enfant dans un milieu où il ne trouve pas les facteurs de bonne santé et de développement, il y aura malmenage, il y aura trouble général de la santé, résistance vitale insuffisante, menace de déchéance pour l'individu et pour ses descendants. Qu'à ces conditions de milieu vicié s'ajoutent une tâche intellectuelle excessive, des préoccupations d'amour-propre et d'avenir exaspérées à l'époque des compositions, des examens et des concours, et au malmenage physique s'ajoutera souvent le surmenage cérébral. »

Nous sommes d'accord avec le Dr Mathieu lorsqu'il affirme qu'il est difficile de séparer, en ce qui concerne les écoliers, le surmenage

---

(1) Jayrer. *Gazette hebdomadaire*, 1817. Cite par Mathieu.

intellectuel du malmenage. En effet, dirons-nous, un programme d'études trop chargé est la cause non seulement du surmenage intellectuel, mais aussi du malmenage, car les enfants manqueront de temps et d'entrain pour les exercices physiques, fatigueront leurs yeux, etc., etc.

Mais bien que difficile, la séparation est possible et même indispensable, car ce n'est que par l'analyse très stricte des faits et par leur décomposition en leurs facteurs constituants que nous arrivons à les connaître. Et seule la connaissance exacte des faits permettra de remédier aux défectuosités de notre système scolaire. Pour la même raison, nous ne pouvons englober dans les phénomènes de fatigue intellectuelle l'exaspération de l'amour-propre, l'émotion causée par les examens et les craintes pour l'avenir. Ce sont des concomitants et des conséquences de la fatigue intellectuelle, mais ils ne constituent pas l'essence du phénomène. Or, toute analyse plus précise n'a pas uniquement un but purement scientifique; elle a aussi un but pratique. En diminuant les effets émotionnels du travail intellectuel, on arriverait peut-être à le rendre moins épuisant et plus fructueux.

Le vrai surmenage intellectuel existe-t-il? La question paraît assez déplacée après tout ce qui a été dit sur le surmenage scolaire. Et pourtant Charcot, Javal, Galton ont prétendu que le surmenage intellectuel ne peut être réalisé que par un effort de volonté : aussi ne l'observe-t-on pas chez les jeunes enfants. Le jeune âge a une merveilleuse faculté d'*inattention* qui le met à l'abri des excès de travail intellectuel. Voici, à ce sujet, les paroles de Charcot, un peu tombées dans l'oubli :

« Le surmenage intellectuel véritable n'existe pas dans les collèges, parce qu'il n'existe pas en réalité, à l'âge où se trouvent les sujets à ce moment de leur existence. Donnez à un enfant un travail énorme, beaucoup au-dessus de ses forces, il l'accomplira peut-être. Mais toute la portion qui dépassera la moyenne de sa vigueur intellectuelle, il la fera comme une machine. Une fois sa capacité intellectuelle dépassée, il rejette le trop-plein, ou mieux ne l'admet pas du tout, et cela pour une raison d'évolution en quelque sorte, parce que c'est ainsi à cet âge de la vie, et puis aussi parce que l'enfant, ne voyant que l'intérêt immédiat ou le but prochain de ce qu'on lui fait apprendre, est incapable de produire, par la volonté, cette force de surchauffement, d'hypertension cérébrale nécessaire pour fournir une somme de travail au-dessus de ses forces.

» Il est possible que le séjour trop prolongé dans les salles d'études, que le manque de grand air et d'exercices physiques soient, jusqu'à un certain point, des obstacles au développement matériel des enfants. Mais peut-on appeler cela véritablement du surmenage, du moins au point de vue intellectuel? Le vrai surmenage ne se rencontre que plus tard dans la vie, chez les étudiants qui préparent des concours, chez les hommes faits, obligés par leur profession, leur situation sociale, de fournir quelque...

une somme de travail bien au-dessus de leurs forces. Ceux-là se surmènent, parce qu'ils savent qu'il faut, sous peine de manquer une place, de paraître insuffisants dans celle qu'ils détiennent, arriver à mener à bien la besogne accumulée devant eux. Ils se surchauffent bien souvent par des procédés artificiels, passent les nuits, se privent de repos. Les uns arrivent au but et résistent; d'autres atteignent le but, mais tombent malades après; d'autres enfin, ne sont point capables d'aller jusqu'à la fin, et le surmenage les abat en route. C'est chez ces hommes qu'on observera des cas d'hystérie par surmenage et surtout des cas de neurasthénie. Mais chez les enfants il n'en est pas de même, et je crois qu'on ne doit pas considérer le surmenage comme pouvant fréquemment faire éclore l'hystérie et la neurasthénie chez les jeunes collégiens, tandis que chez l'adulte, en général, on doit les ranger parmi les agents provocateurs de ces névroses! »

Devant nous limiter à l'étude du surmenage scolaire, nous ne nous arrêterons pas sur ses effets chez l'adulte ni sur les causes qui le déterminent. Disons seulement, en passant, pour répondre à un de nos aimables contradicteurs, qu'il serait absolument déplacé de vouloir considérer le surmenage comme indispensable, sous prétexte que c'est seulement en se surmenant qu'on arrive à passer des examens et à obtenir des places aux concours! C'est renverser la logique des causes et des effets. En montrant les dangers du surmenage, la pédagogie nouvelle arrivera à modifier les programmes et à rendre le surmenage inutile. Il faut l'enrayer par tous les moyens possibles. Et d'ailleurs la médecine ne nous montre-t-elle pas le grand nombre de ceux qui succombent en route!

Nous devons voir en Charcot le précurseur de ces psychologues qui proclament à l'heure actuelle qu'un travail intellectuel intense ne peut être réalisé que par un grand effort de volonté; l'inattention est une soupape de sûreté, grâce à laquelle se défend le cerveau contre la fatigue (Kraepelin). Comme le dit fort bien Nayrac (1), l'attention et la volonté sont, au fond, une seule et même chose. L'on ne pourrait être attentif, surtout longuement, si l'on ne le voulait pas. Or, une attention soutenue amène nécessairement une fatigue cérébrale. Cet auteur arrive à conclure que l'attention volontaire est, somme toute, une activité « anormale » de notre nature, c'est-à-dire qu'étant la création même de l'homme, qui est à l'origine naturellement paresseux et indolent, elle représente, de ce fait, une action, une lutte intense et considérable de celui-ci contre la Nature. Ce n'est qu'en agissant sur la Nature, et à force de peines et de labeur, que l'homme a fait naître laborieusement, du vieux fond de l'attention spontanée et innée, l'attention volontaire, qui constitue son

---

(1) NAYRAC. *Physiologie et Psychologie de l'attention* (Bibl. de Phil. contemp., Paris, Alcan, 1906).

meilleur instrument d'investigation scientifique. Telle qu'elle est aujourd'hui, la science implique un immense amoncellement, ou plutôt une infinité d'actes d'attention juxtaposés dans le temps. C'est pourquoi l'homme devrait s'efforcer de développer, le plus possible, son attention volontaire (Nayrac).

Mais on peut objecter à Charcot, que cet effort d'attention volontaire est réalisable déjà chez l'adolescent et même chez l'enfant âgé de 12 à 13 ans. De nombreuses recherches expérimentales l'ont démontré péremptoirement.

D'autre part, l'objection la plus importante est celle-ci : il ne suffit pas de constater l'absence de surmenage intellectuel proprement dit chez les jeunes enfants ; il faut encore examiner si, en employant un autre système d'éducation il ne serait pas possible d'intéresser l'enfant à un plus haut degré afin d'obtenir un meilleur rendemnt. L'enfant se défend par l'inattention ; mais alors il prend de mauvaises habitudes intellectuelles et ne développe pas son attention volontaire. Il faut donc trouver un système d'éducation assez attrayant, pour tenir en éveil l'attention de l'enfant et rendre l'enseignement fructueux ; cette attention est très variable suivant l'âge de l'enfant et s'exerce pour des objets très différents.

Le prof. Czerny (1) pense que les vrais surmenés à l'école sont en grande minorité et qu'il n'y a pas lieu, pour leur bénéfice, de bouleverser les programmes et d'abaisser le niveau des études. Le problème d'une meilleure utilisation de la force intellectuelle se pose quand même. En d'ailleurs, ces surmenés sont passablement nombreux.

Voyons comment la question du surmenage se présente dans les écoles françaises.

Le malmenage et les causes de surmenage existent dans les écoles françaises de tous les degrés, dit le D[r] Albert Mathieu, dans son rapport au XIV[e] Congrès international d'Hygiène et de Démographie, tenu à Berlin en septembre 1907 (1) ; ils existent depuis l'école maternelle, jusqu'aux études de l'enseignement supérieur.

A l'école maternelle, jusqu'au commencement de l'an dernier tout au moins, où un nouveau règlement a été mis en œuvre, des enfants de 3 à 6 ans étaient maintenus immobilisés sur des bancs et des tables peu appropriés à leur taille; ils apprenaient à lire et à écrire, étaient initiés prématurément à l'orthographe, à l'histoire de France, à la géographie, à l'arithmétique.

---

(1) CZERNY. Die Frage der Ueberarbeitung in der Schule (XIV[e] Congrès internat. d'hygiène et de démographie, vol. II, p. 521, Berlin, 1908).

(1) A. MATHIEU. Question de surmenage des enfants dans les écoles (vol. II des Comptes rendus du XIV[e] Congrès intern. d'hygiène et de démographie, pp. 527-536, Berlin, Hirschwald, 1908).

Trop souvent, ils n'avaient comme récréations que des promenades en rang, bien faites pour éviter le désordre, peu faites pour favoriser le développement physique.

L'immobilisation dans ces milieux confinés fournit un exemple de malmenage physique. L'adaptation à ces enfants de 5 à 6 ans d'un programme conçu pour des enfants de 10 à 12 ans, en est un de malmenage intellectuel. Il ne faut pas oublier en effet, qu'une grave faute d'éducation intellectuelle consiste à appliquer à des écoliers des méthodes et des programmes qui ne conviennent ni à leur âge ni à leur individualité.

Le malmenage, nous allons le retrouver à l'école primaire, il viendra s'y ajouter des occasions de surmenage intellectuel.

Dans les écoles primaires françaises, qui reçoivent les enfants de 6 à 13 ans, il y a cinq jours de classe par semaine, comprenant chacun deux séances de trois heures, l'une dans la matinée, de 8 à 11 heures, en général, l'autre de 1 à 4 heures. Chaque séance est coupée vers le milieu par une récréation d'un quart d'heure. Cet horaire de travail n'aurait rien d'excessif pour les enfants de 10 à 13 ans, tout au moins si n'intervenaient pas les devoirs à la maison. Or, les enfants ont souvent trois heures de travail à la maison et une partie notable du jeudi et du dimanche est fréquemment prise par les devoirs à faire ou les leçons à apprendre par cœur.

M. Bocquillon, instituteur dans une école de la ville de Paris, a cité des exemples typiques de cette surcharge de l'horaire (1).

Un enfant de 10 ans travaille jusqu'à 11 heures ou minuit tous les jours: grâce à la collaboration de sa mère, à ses devoirs, il peut enfin se coucher à 10 heures.

C'est surtout la préparation du *certificat d'études primaires*, qui devient une cause d'immobilisation studieuse exagérée. Une fillette de 12 ans, sortie de l'école à 4 heures, se remet au travail vers 5 heures, à la maison. Elle reprend son travail immédiatement après le diner, se couche à 10 heures et le lendemain se lève à 5 heures. Elle travaille encore près de deux heures avant d'aller en classe à 8 heures.

Comme exemple de malmenage intellectuel, on peut citer ce fait : un enfant de 6 ans 1/2 a pour le lendemain à apprendre par cœur : 12 lignes d'histoire, 2 pages de géographie et une liste de locutions adverbiales.

La préparation du brevet pour l'enseignement devient pour les jeunes filles françaises une cause fréquente de malmenage. Pour 150 places d'institutrces données chaque année dans les écoles de Paris, il y a 23,000 demandes!

L'horaire de l'enseignement secondaire est, lui aussi, une occasion de malmenage dans l'élevage et l'éducation physiques. Il comporte vingt-deux à vingt-six heures de classe par semaine et chaque heure de classe demande au moins une heure de préparation, une heure d'étude.

On arrive ainsi à un total de 44 à 52 heures de sédentarité scolaire par semaine, soit 7 à 8 heures pour les jeunes élèves et 9 à 10 heures pour les plus âgés, en ne tenant pas compte du repos du jeudi. Comme le

---

(1) *Les devoirs dans la famille*. Hygiène scolaire, 1903, p. 44.

jeudi se trouve déchargé de quatre à cinq heures, il en résulte un surplus dans la sédentarité pour les autres jours de la semaine ou pour les dimanches, qui n'est plus, comme il devrait l'être, un jour de repos complet.

A l'approche de certaines compositions, des examens ou des concours, les grands élèves doivent subir onze à douze heures de sédentarité scolaire pour les jours ordinaires, six à sept pour le jeudi et trois à cinq pour le dimanche.

Comme cause de malmenage et de surmenage intellectuels, il faut signaler la multiplicité des matières et des programmes, le défaut d'entente entre les professeurs, le défaut d'entente entre les familles et les professeurs, les études supplémentaires imposées par les familles.

Les matières enseignées sont trop nombreuses et tous les programmes auraient besoin d'être ébranchés.

Les professeurs sont trop nombreux : des élèves de 10 à 16 ans ont souvent affaire à cinq ou six professeurs différents, alors que l'idéal pédagogique à cet âge serait un seul maître, enseignant toutes les matières, les combinant entre elles en leur donnant une importance relative adaptée à l'individualité et à l'âge de l'élève!

Les professeurs trop nombreux s'entendent insuffisamment entre eux sur l'importance des devoirs à faire, des leçons à apprendre, sur la personnalité des divers élèves.

Les familles n'ont pas avec les professeurs des rapports assez suivis. Le nombre des professeurs pour chaque élève et le nombre des élèves pour chaque classe rend du reste ces rapports difficiles. Les familles ne peuvent guère dans ces conditions faire savoir aux professeurs comment se comporte l'élève à la maison et les professeurs ne peuvent donner aux familles les indications pédagogiques que leur suggère leur expérience professionnelle. Souvent ils pourraient s'opposer efficacement à la surcharge maladroitement ajoutée par les familles à un programme déjà surchargé lui-même : répétitions particulières, leçons de musique, de dessin, de langues vivantes, etc.

La grande occasion de surmenage intellectuel pour les élèves de nos collèges et de nos lycées, c'est la préparation des examens de sortie et des concours qui donnent accès dans les grandes écoles nationales, civiles ou militaires. Un an ou deux avant ces examens et ces concours, non seulement la tâche imposée devient notablement plus considérable, mais l'amour-propre et le désir de se créer une situation deviennent pour l'effort intellectuel un véritable stimulant plus intense. Le jeune homme laborieux en arrive volontiers à se priver presque complètement de récréations et d'exercices physiques. Il considérerait comme une perte de temps inutile le loisir consacré à une promenade, à un exercice volontaire. Il regarde comme un devoir d'aller jusqu'à la limite de ses forces.

Les inconvénients de la sédentarité scolaire sont, à l'école primaire, beaucoup plus grands pour les enfants des villes que pour ceux de la campagne, qui, eux, tout au moins, passent au grand air la plus grande partie du temps qu'ils ne passent pas à l'école. Rentré chez ses parents, l'enfant des villes est obligé souvent de s'installer pour préparer ses devoirs et apprendre ses leçons dans des chambres mal aérées, mal éclairées dans lesquelles la famille vit accumulée. Et plus tard il sera pris

trop souvent d'une façon prématurée par la vie d'usine qui continuera pour lui la réclusion à l'air confiné.

Les inconvénients de la sédentarité sont, pour les élèves de l'enseignement secondaire, atténués dans une certaine mesure par des vacances relativement longues, mais très inégalement réparties : 2 1/2 mois pour les grandes vacances (fin juillet au commencement d'octobre), une semaine au Nouvel-An, deux semaines à Pâques, trois jours à la Pentecôte; au total, sans y comprendre les dimanches et les fêtes, près de 3 mois 1/2.

Mieux vaudrait, nous semble-t-il, six semaines de vacances seulement à la fin de l'année scolaire et un horaire moins chargé au cours de cette année. Quoiqu'il en soit, ces longues vacances permettent en tout cas de juger par le gain de la santé qu'elles apportent quel préjudice cause aux jeunes gens la sédentarité à laquelle ils sont soumis pendant le reste de l'année. Après deux mois de grand air, la mine est meilleure, le visage est plus coloré, la résistance physique plus grande, l'appétit augmenté, le sommeil calme et réparateur.

Au cours de l'année scolaire le bénéfice des grandes vacances se perd en quelques mois : la face pâlit, l'appétit diminue, la constipation survient, le poids du corps tend à diminuer. Et, trop souvent, à côté de ces signes d'anémie et de vitalité moindre, on peut relever des signes directs de fatigue cérébrale et d'irritabilité nerveuse.

Afin de mieux fixer les idées, nous proposons le terme de *malmenage intellectuel* pour désigner les méfaits d'une charge inadéquate pour le cerveau, même si cette charge n'amène pas de surmenage proprement dit.

C'est ainsi, qu'on pourra dire, qu'il y a du *malmenage physique* dans toutes les classes (ses causes restent à déterminer dans chaque cas) ; que le *malmenage intellectuel* existe à l'école primare et quelquefois aussi dans les jardins d'enfants, et qu'à l'école secondaire ainsi que dans les institutions d'enseignement supérieur on constate le vrai *surmenage intellectuel*, auquel vient se joindre d'ailleurs le malmenage intellectuel, car les bonnes méthodes d'enseignement sont rares et insuffisamment bien connues. On peut dresser le tableau suivant :

Jardins d'enfants : Malmenage physique, malmenage intellectuel.

Ecole primaire : Malmenage physique, malmenage intellectuel.

Ecole secondaire : Malmenage physique, malmenage intellectuel, surmenage intellectuel.

Enseignement supérieur : Malmenage physique. Malmenage intellectuel. Surmenage intellectuel.

L'étude du malmenage physique rentre dans les attributs des médecins scolaires. Mais celle du malmenage intellectuel et du surmenage ne peut être résolue que par les psychologues et les pédagogues.

III. Analyse du travail mental

Nous avons démontré dans les chapitres précédents les méfaits du surmenage aussi bien que du malmenage intellectuels. Si, chez les jeunes enfants le surmenage proprement dit ne paraît pas exister, il y a néanmoins malmenage intellectuel : au lieu de tenir en éveil, au lieu de développer l'attention volontaire, l'enseignement donné aux enfants ne fait qu'assoupir cette faculté, si précieuse, à tel point que l'*inattention* doit être considérée comme une soupape de sûreté, comme une défense de l'organisme luttant contre le surmenage. Triste nécessité, que celle de se défendre en perdant dans la lutte l'une des qualités intellectuelles les plus importantes. Ajoutons à cela toutes les conséquences disciplinaires d'un manque d'application, attribué à la paresse, au mauvais vouloir, à l'absence d'intelligence, etc.

Dans les classes supérieures le malmenage intellectuel persiste (1), et en plus viennent s'y joindre les conséquences d'un vrai surmenage.

On peut définir la fatigue intellectuelle : l'abus de la faculté de l'attention volontaire. Dès son apparition, cette faculté, qui n'a d'ailleurs pas été suffisamment développée ni cultivée à cause même du malmenage, devrait être constamment tenue en éveil. Une double faute pédagogique est par conséquent commise : on demande à l'attention volontaire un effort trop considérable, alors que rien n'a été fait pour préparer progressivement l'enfant à cet effort.

La question du surmenage intellectuel et celle du malmenage se touchent donc étroitement.

Afin de pouvoir déterminer quelle est leur intensité et leur importance dans les différentes classes et, par quels moyens il serait possible d'enrayer leurs effets en changeant les procédés d'enseignement actuellement en vogue, il est indispensable de recourir à la méthode expérimentale.

Quelle est, parmi les différentes méthodes de mesure employées dans l'étude de la fatigue intellectuelle, celle à laquelle nous devons accorder la préférence? On a préconisé un grand nombre de procédés, qui, à notre avis, ne mesurent nullement la fatigue intellectuelle, mais en constituent plutôt des signes lointains. Ainsi, on ne peut prendre la *dépression musculaire* (constatée au dynamomètre ou à l'ergographe) ou la *diminution de la sensibilité tactile* comme base

---

(1) Il serait intéressant de rechercher qu'elle est l'influence respective du malmenage physique et intellectuel dans les différentes classes.

de mesure de la fatigue intellectuelle. Pour pouvoir agir ainsi, il serait nécessaire de connaître tous les éléments constitutifs de la fatigue musculaire et de la sensibilité. Telle personne, très résistante au point de vue musculaire, psycho-moteur, n'accusera pas ou n'accusera que peu de dépression musculaire malgré une grande fatigue intellectuelle. Telle autre personne, peu sensible normalement à l'esthésiomètre, accusera, pour une même fatigue intellectuelle, un chiffre différent qu'une autre personne plus sensible. On ne peut, d'autre part, songer à établir une proportionnalité, car on ignore : 1° si les écarts à l'esthésiomètre sont inversement proportionnels à la sensibilité; 2° si la diminution de la sensibilité est inversement proportionnelle à la fatigue intellectuelle.

Une diminution de la force musculaire, avec diminution de la sensibilité, l'action de la fatigue intellectuelle sur le cœur, etc., ne doivent être considérées que comme des échos lointains, comme un résidu de fatigue, comme sa répercussion sur les autres centres.

Il ne faudrait pas croire que nous enlevons toute valeur à ces différentes méthodes; nous leur reprochons seulement de n'étudier la question de la fatigue que par un côté. Parmi ces procédés, le « signe de Giesbach » paraît certes un des meilleurs pour déceler la fatigue intellectuelle, d'autant plus que son auteur s'est donné la peine de contrôler ses constatations par l'observation des sujets examinés; il a pu ainsi s'assurer si, à une forte baisse des chiffres esthésiométriques correspondaient des symptômes de surmenage. Il a eu aussi le mérite de faire, dans sa seconde enquête, les épreuves esthésiométriques parallèlement avec des exercices de calculs, pour voir s'il y a parallélisme entre les résultats (1). Le résultat a été des plus net. C'est ainsi seulement que les méthodes que nous pouvons appeler « indirectes » peuvent acquérir une importance réelle. Elles doivent être contrôlées par des méthodes psychologiques, par l'examen des sujets et aussi par le bon sens.

La méthode esthésiométrique, tout récemment encore, a donné lieu à des travaux intéressants; nous citerons celui de Noïkow (2), professeur à Sofia, de Bonoff (3), médecin au lycée de Sofia, de Abelson (4) (thèse de Rennes) ; tous ces travaux ont montré jusqu'à l'évidence que l'esthésiomètre permet d'enregistrer le degré de la fatigue intellectuelle.

Ce serait néanmoins dépasser les faits expérimentaux que d'appe-

---

(1) GRIESBACH. Weitere Untersuch. über Beziehungen zwischen geistiger Ermüdung und Hautsensibilität (*Intern. Archiv f. Schulhygiene*, I Band, 1905).

(2) NOÏKOW. Aesthesiometrische Messungen (*Ibid.*, IV Band, 4 Heft, 1908).

(3) BONOFF. Etude médico-pédagogique sur l'esthésiométrie et la simulation à l'école (*Ibid.*, IV Band, 4 Heft, 1908).

(4) ABELSON. *Mental fatigue and its measurement by the aesthesiometer* (147 p., Leipzig, 1908).

ler « courbe de l'attention » la courbe esthésiométrique. La courbe des temps de réaction est aussi un indice de l'attention, mais elle ne mesure pas le phénomène dans toute son ampleur. Il serait intéressant d'étudier l'attention chez les mêmes individus au moyen de ces deux procédés à la fois, dans le but de rechercher leur parallélisme.

En ce qui concerne la sensibilité cutanée, il y a encore d'autres causes qui agissent en la diminuant. Ainsi, la sensibilité diminue avec l'âge des enfants, on peut donc s'attendre à la voir diminuer dans le courant de l'année scolaire. Ceci n'infirme pas les conclusions de Schuyten, qui se base, pour affirmer l'imperfection de l'école, sur la diminution graduelle de la sensibilité des élèves, pendant l'année scolaire; le retour à l'état normal, observé lors des vacances de Noël et de Pâques, montre bien qu'il ne s'agit pas ici d'un phénomène dû à la croissance, mais bien d'un effet de la scolarité. Pourtant les deux causes pourraient coexister.

Il est certain que seules, les *méthodes psychologiques* sont à même d'étudier et de résoudre la question du surmenage intellectuel. Ces méthodes s'adressent aux manifestations du travail intellectuel même. Il faut distinguer ici deux catégories. Ce sont les méthodes appartenant à la première catégorie qui seules ont été employées jusqu'ici chez l'enfant. Un certain travail mental (dictée, calculs, exercices de mémoire, etc.), est donné aux élèves avant et après les classes. Ce court travail, qui ne doit pas amener de fatigue par lui-même, sert de mesure à la fatigue produite par les heures de cours. Avant les cours, ce travail s'exécute mieux, aussi bien comme durée que comme nombre d'erreurs; après les cours, les erreurs augmentent aussi bien que le temps nécessaire pour l'opération. On ne donne pas, cela s'entend, la même épreuve avant et après les classes, mais des épreuves différentes, dont le degré de difficulté serait le même. C'est l'augmentation des erreurs ou de la durée qui sert de mesure dans l'appréciation du degré de la fatigue intellectuelle.

On peut reprocher à ces méthodes qu'elles ne mesurent pas directement la fatigue produite par tel ou tel genre de travail. Si, après une leçon d'arithmétique, on emploie comme test un exercice de mémoire de l'orthographe, la mesure ne portera pas sur le degré de fatigue dû à la leçon; il est possible que, pour cet exercice (mémoire de l'orthographe) l'esprit sera dispos, car le changement apporte en lui une cause de restauration. Il en résulte qu'on ne sera pas suffisamment bien renseigné sur le degré de fatigue occasionnée par la leçon d'arithmétique; cette fatigue est peut-être extrême, sans qu'il soit possible de la déceler.

Les méthodes appartenant à la deuxième catégorie se distinguent en ce qu'elles mesurent directement le degré de fatigue produit par le travail intellectuel même. A peine quelques expériences de ce

genre ont été faites sur l'enfant; mais un essai des plus intéressants en a été tenté sur les adultes par Kraepelin et ses élèves, à Heidelberg, il y a déjà un certain nombre d'années. Nous allons voir dans la suite quelles sont les objections qu'il est possible de faire aux résultats obtenus par Kraepelin, objections qui, d'ailleurs, n'infirment en rien la valeur de sa méthode de recherches.

Nous croyons nécessaire de donner ici un aperçu assez détaillé des expériences faites au laboratoire de Heidelberg.

Toutes ces expériences avaient pour but d'analyser le travail mental.

En 1889, Oehrn fit paraître un travail, reproduit en 1895 dans le recueil de Kraepelin (1), sur l'influence du travail intellectuel sur la vitesse des actes psychiques. Ces expériences de laboratoire ont été faites sur dix personnes, et se rapportaient à six processus psychiques différents, à savoir : 1° *compter les lettres d'un texte imprimé en caractères latins*. Le sujet devait compter aussi rapidement que possible les lettres d'un texte, et quand il arrivait à cent, faire un trait avec un crayon à l'endroit correspondant du texte, puis il continuait à compter les lettres du texte. Toutes les cinq minutes, retentissait un coup de sonnette et à ce moment le sujet devait faire dans le texte une marque avec le crayon. 2° *Addition des nombres d'un chiffre*. 3° *Ecriture sous dictée*. L'auteur cherchait à déterminer la vitesse de l'écriture aussi rapide que possible. Toutes les cinq minutes le sujet faisait une marque. On pouvait ainsi déterminer le nombre de lettres écrites toutes les cinq minutes (sans tenir compte des fautes commises). 4° *Lecture à haute voix*. Le sujet lisait aussi rapidement que possible un texte facile. On notait le nombre de lettres lues toutes les cinq minutes. 5° *Mémoire des chiffres*. Le sujet devait apprendre par cœur un certain nombre de chiffres; on déterminait la vitesse de ce travail. 6° *Mémoire des syllabes*. Le sujet devait apprendre par cœur un certain nombre de syllabes.

Ces différentes expériences étaient faites pendant deux heures chacune sans aucune interruption; on notait la quantité de travail fait toutes les cinq minutes.

L'auteur a pu prouver expérimentalement que l'*exercice* acquis et la *fatigue* ont une influence opposée. L'exercice tend à augmenter la vitesse du travail, la fatigue tend à la diminuer. A chaque moment de l'expérience la quantité de travail se trouve réglée par l'intensité de ces deux facteurs.

On peut distinguer, pour un travail de deux heures, deux phases différentes : la première c'est la phase où l'influence de l'exercice

---

(1) OEHRN. Exper. Studien zur Individualpsychologie (*Kraepelin's psychologische Arbeiten*, I, 1895, pp. 92 152).

prédomine sur l'influence de la fatigue ; pendant la deuxième phase, c'est la fatigue qui prédomine sur l'exercice. Les différences individuelles sont assez considérables ; chez certains sujets le maximum se trouve en général plus près du commencement du travail ; chez d'autres, il est situé plus près de la fin.

En ce qui concerne les places du maximum pour un tel travail intellectuel chez les différents sujets, on constate qu'il y a des différences assez nettes ; le maximum est atteint le plus rapidement pour la mémoire des syllabes ; puis vient l'écriture, puis l'addition, la lecture, l'acte de compter les lettres, et en dernier lieu la mémoire des chiffres.

Mémoire des syllabes	24	minutes
Ecriture	26	»
Additions	28	»
Lecture	38	»
Acte de compter les lettres une par une...	39	»
Acte de compter les lettres trois par trois	59	»
Mémoire des chiffres	60	»

La fatigue commence à prédominer sur l'exercice au bout de 24 minutes pour la mémoire des syllabes et au bout de 60 minutes pour la mémoire des chiffres, etc. Dans le premier cas la fatigue s'installe donc beaucoup plus rapidement que dans le dernier.

Oehrn fit en outre la remarque, que si après deux heures de travail on s'arrête et qu'on se repose quelques heures, la fatigue disparaît complètement, mais les effets de l'exercice restent acquis. On le reconnaît dans un nouveau travail ; la vitesse avec laquelle on recommence à travailler est supérieure à la vitesse de travail de la première séance.

Les questions de fatigue et d'exercice ont été reprises par Amberg sur deux sujets (1). Les travaux intellectuels ont été les additions et la mémoire des chiffres. La vitesse de travail augmente continuellement de jour en jour. L'exercice que l'on acquiert pendant une séance se conserve jusqu'au lendemain et même plus longtemps ; ses effets ne disparaissent qu'au bout d'un repos de 50 à 72 heures.

En ce qui concerne l'influence produite par les pauses, l'auteur a constaté qu'un repos de 5 minutes après une demi-heure d'additions est plutôt favorable au travail, mais l'effet est très faible. Une pause de quinze minutes après une demi-heure de travail reste sans effet. La même pause après une heure de travail (additions) produit un effet favorable. Si on alterne un travail de cinq minutes avec des repos de même durée, on constate qu'au commencement l'influence du repos est défavorable au travail, tandis qu'elle devient favorable

(1) **Amberg**. Ueber den Einflus der Arbeitspausen auf die geistige Leistungsfähigkeit (*Psychologische Arbeiten*, I, pp. 300-377).

vers la fin. L'influence défavorable exercée dans certains cas par le repos est expliquée avec raison par Amberg, par la perte de l'entraînement.

Rivers et Kraepelin (1) ont étudié l'influence produite par un repos d'une demi heure ou d'une heure entière. Le travail intellectuel a porté sur les additions. Dans la première série de recherches, un travail d'une demi heure était entrecoupé par un repos de même durée. Le résultat le plus intéressant, c'est que, la première fois, après trente minutes de calcul, le repos de trente minutes suffit pour rétablir les effets de fatigue, mais après la seconde demi heure de travail, ce repos ne suffit déjà plus.

Dans la deuxième série d'expériences un travail de trente minutes alternait avec une heure de repos. L'influence du repos a été plus efficace.

Bettmann (2) a étudié dans le laboratoire de Kraepelin les effets psychiques produits alternativement par un travail intellectuel (une heure d'additions) et ceux produits par une marche de deux heures. Pour déterminer les effets psychiques il a choisi la durée des réactions de choix et des réactions verbales, la vitesse de la lecture, la vitesse des calculs et la vitesse de la mémoire des chiffres. Les réactions de choix deviennent plus longues sous l'influence du travail intellectuel qui a duré une heure; tout au contraire, à la suite d'une marche de deux heures les réactions de choix deviennent plus courtes (cet effet du travail musculaire est attribué par l'auteur non à une amélioration des processus psychiques, mais à l'état d'énervement musculaire qui amènerait une incoordination dans les mouvements). Sous l'influence du travail intellectuel, la durée des réactions verbales augmente : un effet analogue est produit par le travail musculaire. La faculté d'apprendre par cœur est plus fortement diminuée par le travail musculaire que par le travail intellectuel. Les autres actes psychiques sont aussi ralentis par la fatigue intellectuelle et par la fatigue physique.

Ce travail, intéressant à plusieurs égards, démontre bien cette donnée de Mosso qu'il n'existe pas d'antagonisme entre la fatigue physique et la fatigue intellectuelle, mais qu'il y a retentissement de l'une sur l'autre. Ainsi, le travail physique ne peut en aucune façon être considéré comme un repos après le travail intellectuel. Ces recherches montrent, en outre, l'extrême sensibilité des différents

---

(1) RIVERS et KRAEPELIN. Ueber Ermüdung und Erholung (*Psychologische Arbeiten*, I, pp. 627-678).

(2) BETTMANN. Ueber die Beeinflussung einfaehrer psychischer Vorgänge durch körperliche und geistige Arbeit (*Psychologische Arbeiten*, I, pp. 152-208).

processus psychiques qui se modifient rapidement déjà au bout d'une heure de travail intellectuel (1).

D'autres travaux dans ce même ordre d'idées ont été exécutés par Hylan, Lindley, Michelson, faits dans le laboratoire de Kraepelin.

Dans un opuscule, Kraepelin (2) déduit les conclusions principales de ces résultats et construit une courbe de travail.

Si l'on examine une courbe de travail de deux heures (Oehrn) on s'aperçoit que le sommet de la courbe est ondulé : en effet, la quantité de travail exécuté subit continuellement des modifications; ces oscillations sont dues, en général, à des oscillations de l'attention. Malgré ces irrégularités, plusieurs phases se laissent très nettement distinguer. Il y a, en premier lieu, la phase de *mise en train*, qui se traduit par un léger ralentissement du travail intellectuel pendant les cinq à dix premières minutes. Après cette phase on travaille avec plus d'égalité, on acquiert un certain exercice, et par suite la vitesse augmente jusqu'au maximum; c'est la phase de l'*exercice* ou de l'entraînement (voir plus haut). Dans la troisième phase, la fatigue commence à se faire sentir, c'est la phase de la *fatigue*, la vitesse diminue et on y remarque souvent des irrégularités. Ces irrégularités se font de la façon suivante : sous l'influence de la fatigue commençante, le sujet se met à travailler plus lentement; lorsqu'il s'en aperçoit, il se rappelle qu'il faut travailler aussi vite que possible et il redouble d'attention. La quatrième phase est celle de la *verve finale*; le sujet sait qu'on va faire des expériences pendant deux heures; quand son travail touche à la fin, il augmente l'effort pour bien finir l'expérience.

Cette courbe, tracée expérimentalement, est en réalité le produit de facteurs très nombreux. A côté de la fatigue et de l'exercice, il y a lieu de considérer encore les effets de l'habitude, de l'entrain et l'action de la volonté. Cette constatation ne renferme essentiellement rien de nouveau. Ces facteurs sont bien connus par l'expérience de tous les jours. Mais ce qui est très nouveau et hautement intéressant, c'est la possibilité de soumettre ces facteurs à une mesure. On conviendra que, seule, l'analyse expérimentale pouvait donner la possibilité d'évoquer à leur juste titre tous ces facteurs ainsi que leurs actions réciproques. Il s'agissait de déterminer non seulement la qualité, mais aussi la quantité des diverses influences qui régissent la courbe de travail.

(A suivre.)

---

(1) Les travaux de KRAEPELIN et de ses élèves sont résumés avec beaucoup de soin dans le livre de BINET et HENRI : *Fatigue intellectuelle*.

(2) E. KRAEPELIN. Die Arbeitscurve (extrait de 51 pages du *Festschrift Wilhelm Wundt zum 70ten Geburtstage*, I Band, 1902, Leipzig).

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Surmenage scolaire

(*Suite*)

Rapport présenté au Ve Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie
(Mons, septembre 1909)

par Mlle Dr I. IOTEYKO
Chef des travaux au laboratoire de psycho physiologie
de l'Université de Bruxelles
Lauréate de l'Institut et de l'Académie de médecine de Paris

Cette analyse est rendue possible grâce à cette circonstance, que les processus considérés sont de nature très différente. Ainsi, l'*entraînement* disparaît rapidement après la cessation du travail, la *fatigue* disparaît moins vite. En revanche, des traces d'*exercice* acquis se conservent après le travail, et les effets de l'*habitude* durent pendant des semaines et des mois.

Ces considérations ont conduit Kraepelin à construire une courbe de travail. Cette courbe est en partie schématique, en partie expérimentale. On pourrait certes trouver encore d'autres facteurs du travail : l'intérêt, l'ennui, etc., etc. On peut aussi critiquer certaines de ses interprétations, notamment en ce qui concerne l'influence de la volonté. Cette influence doit se faire sentir vers la fin du travail et peut masquer les effets de la fatigue. On a aussi reproché aux travaux du laboratoire de Kraepelin de n'avoir porté que sur un nombre restreint de sujets.

Malgré toutes ces critiques, les travaux du laboratoire de Heidelberg ont une grande valeur à cause de la méthode employée. Nous y voyons un acheminement vers les méthodes mathématiques (1), dont nous avons préconisé l'emploi. Les facteurs constituants de la courbe de travail de Kraepelin ne sont autres que les *paramètres* (ou constantes) des courbes calculées mathématiquement.

Nous préconisons l'emploi de ces méthodes (qu'on pourrait appeler *méthodes du travail continu*) dans l'étude de la fatigue intellectuelle chez l'enfant. Quand on connaîtra la résistance individuelle ou collective d'un groupe d'enfants d'un certain âge à tel ou tel travail intellectuel; quand on connaîtra l'influence des pauses (certaines pauses mal choisies doivent être considérées simplement comme des *interruptions*, qui, loin d'amener le repos attendu, ne

(1) I. IOTEYKO. Méthodologie de la psychologie pédagogique (rapport au VIe Congrès intern. de psychologie de Genève, août 1909, et *Revue psychologique*, vol. II, fasc. 3, 1909).

font qu'arrêter le cours de la pensée) sur le travail, c'est alors seulement que la question du malmenage et du surmenage intellectuels pourra être résolue scientifiquement. Il sera possible alors de déterminer la durée maxima de l'attention des enfants à tous les âges, et on sait que la durée des leçons est strictement tributaire de la durée de l'attention.

Ces « tests » de résistance (1) ne seront certes pas parfaits, comme d'ailleurs tous les tests. Bien que l'épreuve chez les enfants n'aura certes pas la durée de deux heures, c'est néanmoins avec difficulté qu'on évitera l'ennui vers la fin de l'expérience. L'intérêt fera aussi défaut, à moins qu'un expérimentateur avisé ne trouve moyen d'éveiller une forte émulation parmi les enfants. Quoi qu'il en soit, même dénués de cet attribut si important de l'attention, qui est l'intérêt, ces tests seront en mesure de fixer le moment où la fatigue commence à prédominer sur l'exercice. L'absence d'intérêt aura néanmoins un bon côté : l'intérêt, trop longuement soutenu, peut devenir, lui aussi, une cause de fatigue, tout en masquant ses effets momentanément. Nul doute, l'épreuve du travail intellectuel, même dépourvu d'intérêt, ne peut être que très instructive. La connaissance des divers « types de résistance » présentera une grande importance en pédagogie.

* * *

On n'oubliera pas qu'un travail quelconque, aussi bien physique qu'intellectuel, est réglé essentiellement par l'action de deux facteurs antagonistes : la fatigue et l'entraînement. Quand on dit que deux facteurs sont antagonistes, cela ne signifie pas nécessairement qu'ils sont inversement proportionnels. L'un de ces facteurs peut augmenter plus vite que l'autre ne diminue. Dès lors, tout l'effort de l'éducation doit porter vers l'acquisition des qualités de l'entraînement sans amener de fatigue. Et d'ailleurs, les hautes qualités de l'entraînement ne peuvent s'aquérir par un organisme qui se trouve dans un état prononcé de fatigue (2).

Nous donnons ici au terme *entraînement* la même signification que celle qu'on lui accorde dans l'éducation physique.

Lorsqu'un organisme fatigué se repose, il se produit un double effet : d'une part, la fatigue disparaît, mais les hautes qualités de l'entraînement, qui s'entretiennent par l'exercice, disparaissent aussi en partie. Après les vacances, nous sommes reposés, mais nous avons aussi perdu de notre entraînement. Et plus les vacances auront été longues, et plus grand paraîtra le conflit. C'est une vraie perte

---

(1) Nous venons d'entreprendre ces recherches dans les écoles de Bruxelles.

(2) Voir notre article « Fatigue », dans le Dictionnaire de physiologie de CH. RICHET.

de l'*adaptation*. Or, dans cette circonstance l'adaptation, c'est l'entraînement. Puis, petit à petit, à la reprise des travaux, l'exercice prend le dessus et les qualités de l'entraînement réapparaissent.

Bien des fois nous avons été frappée par la comparaison qui s'impose avec les équilibristes. Un homme saute sur les épaules d'un équilibriste qui le soutient avec grand effort ; mais dès que l'équilibre est obtenu, un troisième vient se placer sur les épaules du second, puis un quatrième se glisse sur les épaules du précédent. Cette masse instable est portée dans un équilibre parfait par l'homme de dessous. Or, il est certain que cet effort n'aurait jamais pu être obtenu, s'il avait fallu le développer d'emblée.

Il en est de même du travail intellectuel. A cause de la perte de l'entraînement, lors des vacances, on ne devrait pas reprendre à la fois toutes les occupations en automne. Les élèves pourraient avoir demi-temps. En tout cas, les devoirs à domicile devraient être supprimés.

Il y a des effets d'entraînement à longue et à courte échéance. Ainsi, ce qu'on appelle *entrain* ne s'observe que lors d'une séance de travail ; si vous interrompez la séance, l'entrain disparaît.

Ce qu'on appelle *exercice* dans les courbes de Kraepelin, est un genre d'entraînement à plus longue échéance, car il peut persister d'une séance de travail à l'autre. Ce qu'il appelle *habitude* est un entraînement qui s'acquiert par la répétition journalière et qui peut durer des semaines et des mois.

Un autre genre d'entraînement, à échéance plus longue encore, s'observe dans le courant de l'année. Au milieu de l'année scolaire, les élèves travaillent le mieux, c'est-à-dire avec le plus de stabilité. Pourtant, malgré la fatigue, l'entraînement est plus grand vers la fin de l'année scolaire qu'au commencement de l'année. A la fin de l'année, les élèves travaillent assidûment, préparent leurs examens, ce qu'ils ne pourraient certes faire à la rentrée.

Un haut degré d'entraînement peut donc coïncider avec une forte fatigue ; cette situation peut créer un véritable danger, car la volonté va masquer pendant un certain temps les effets de la fatigue. Mais les effets de la fatigue réapparaîtront quand même, peut-être pendant les vacances, peut-être aussi au moment de la rentrée. Nous voyons aussi à quels merveilleux résultats pourrait conduire l'entraînement, s'il pouvait agir seul, sans être contrebalancé continuellement par la fatigue.

Si la fatigue avant les vacances a été très grande et la durée des vacances insuffisante, il peut se produire à la rentrée un phénomène nouveau : l'élève aura perdu les qualités de l'entraînement par le repos, mais la fatigue ne sera pas complètement dissipée. Il n'y a pas ici de contradiction avec les phénomènes observés par Kraepelin : le résultat final dépend du genre de travail auquel on se livre. Mais

nous croyons rare chez l'enfant cette prédominance de la fatigue; elle est l'apanage de beaucoup d'hommes soumis à un travail exagéré.

Si le repos des vacances a été complet, toute fatigue a disparu, et l'entraînement est fortement diminué. La proportion ne peut être exactement indiquée. Mais comme un haut degré d'entraînement ne s'obtient que par une tension ininterrompue de l'esprit, cette tension doit être vaincue par le repos. Sous l'influence du repos, les idées changent d'aspect, les anciennes associations sont rompues. C'est pourquoi il est désirable de passer les vacances aussi loin que possible de l'école et visiter des pays étrangers.

La perte de l'entraînement est d'ailleurs passagère et vite retrouvée. De même qu'il existe une *fatigabilité,* il existe aussi une *entraînabilité.*

Il est permis de dire, qu'au point de vue psychologique, l'entraînement n'est autre que l'établissement d'associations rapides et faciles entre les idées. La fatigue, au contraire, rend ces associations lentes et difficiles.

Il existe certes, pour tous ces phénomènes, des différences individuelles très considérables. Certaines personnes (très rares, à la vérité) n'ont pour ainsi dire pas besoin de se reposer; elles doivent entretenir leur activité toujours en éveil.

Quand nous parlons d'épuisement, il ne faudrait pas donner à ce terme une signification absolue. Malgré la fatigue poussée à l'extrême, semble-t-il, il reste toujours un résidu d'énergie en réserve. Un muscle fatigué à l'excès, n'a pourtant pas perdu complètement la faculté de se contracter. De même ses réserves combustibles ne sont pas complètement épuisées. Il en est de même pour les phénomènes de fatigue intellectuelle. Donnez à un élève des exercices de mémoire pendant des heures; le travail ira en s'affaiblissant, mais ne descendra jamais à zéro. On ne peut admettre qu'un élève soit fatigué à tel point que tout effort de mémoire lui soit devenu impossible. Je propose d'appeler *loi du minimum disponible* la relation qui règle ces phénomènes. Cette loi est d'ailleurs une défense créée par la nature en faveur d'un organisme qui se débilite. On ne peut concevoir un être dépourvu totalement d'attention, de mémoire, etc.

IV. Les programmes

La question relative à la durée des leçons, aux intervalles de repos, aux vacances, à l'enseignement du matin et de l'après-midi, bref, à tout ce qui concerne le programme des études, se trouve dans un rapport très strict avec le degré de surmenage proprement dit des élèves. Des nombreuses recherches expérimentales sont venues déjà apporter une réponse satisfaisante à quelques-uns de ces problèmes. Nous allons les esquisser rapidement.

La *durée* des leçons doit certainement varier avec l'âge des enfants, c'est-à-dire avec le degré de leur attention.

Falk (1), en se basant sur les phénomènes pathologiques scolaires, trouve que chaque leçon peut durer quarante minutes, si l'intervalle entre les leçons est de dix minutes.

Kuborn (2) pense qu'à 8 ans l'attention ne peut pas être fixée plus longtemps qu'une demi-heure. D'après Carini (3) il est dangereux de forcer les enfants qui n'ont pas atteint l'âge de 9 ans à faire attention pendant plus de vingt minutes. La Commission sanitaire de Paris (4) recommande pour les classes inférieures des leçons d'une demi heure et des pauses à l'extérieur.

D'autre part, certains auteurs, tels que Chadwick, Burgerstein, Schultze et autres, firent quelques essais des méthodes de travail analogue à celles de Kraepelin.

En règle générale, on se prononce pour la demi-heure de leçon, quand il s'agit de petits enfants. Zimmermann (5) a trouvé dans la deuxième et troisième année scolaire que six leçons d'arithmétique par semaine, chacune d'une demi-heure, donnaient une quantité de notions apprises supérieures à quatre leçons par semaine chacune d'une heure entière.

Il ne faudrait pas croire que plus les élèves travaillent et plus ils avancent. Une certaine réparation peut être produite par le changement de travail. Chaque leçon doit être suivie de repos.

D'après Schuyten, à l'école primaire les leçons devraient être de vingt-cinq minutes avec cinq minutes de relâche, coupées au milieu du matin et de l'après-midi par un quart d'heure de récréation à l'air libre.

Pour les classes supérieures les leçons devraient être de quarante-cinq à cinquante minutes avec les mêmes pauses. Ici des leçons trop courtes s'opposeraient à l'acquisition des qualités de l'entraînement ?

Des expériences intéressantes ont été faites sur la *valeur du travail du matin et de l'après-midi*. Griesbach, au moyen de la méthode esthésiométrique, a démontré que l'enseignement de l'après-midi, qui conduit à un degré de fatigue plus accentué que l'enseignement du matin, ne doit être appliqué qu'avec beaucoup de prudence. Cet auteur s'élève contre le programme moderne des lycées, qui exige des élèves de se mettre au travail *trois fois par jour* (classes du matin, classes de l'après-midi et travail du soir à domicile), avec une journée de travail de 9 à 12 heures. Il voudrait que les classes finissent à 1 heure et que l'après-midi soit consacrée aux exercices physiques.

Vannod en Suisse et Sakaki à Tokio trouvent avec la même mé-

(1, 2, 3. 4, 5) Cités par SCHUYTEN : *L'Education de la Femme*, pp. 331-339.

thode qu'une heure de travail de l'après-midi provoque autant de fatigue que deux heures du matin. Wagner trouve qu'on rencontre peu d'atention l'après-midi; certains élèves sont même envahis par le sommeil.

Schuyten fit des déterminations intéressantes au moyen du dynamomètre afin de déterminer la force musculaire du matin et celle de l'après-midi dans les nombreuses écoles de la ville d'Anvers. Les enfants, aussi bien les garçons que les filles, déploient l'après-midi une force plus considérable.

Généralement on proclame, dit avec juste raison Schuyten (1) que le physique et le psychique de l'individu marchent ensemble. Ce n'est pas si certain que cela. D'abord les courbes de la variabilité musculaire et par exemple de l'attention volontaire ne sont pas parallèles du tout, comme je l'ai montré encore en 1906, en parlant de la courbe esthiométrique annuelle. Celle-ci est purement ascendante si nous faisons abstraction des périodes de vacances; celle de l'attention est ascendante jusqu'en janvier, présente une bosse convexe en mars et descend jusqu'en juillet; celle de la force musculaire monte en hivers, baisse au printemps, monte en été, baisse de nouveau en automne.

J'arrive à admettre par le raisonnement, guidé par ces faits, que l'activité générale de l'organisme est gouvernée par l'action des facultés distinctes qui suivent chacune des lois distinctes, tout en étant, par voie d'association, en connexion intime constante.

En outre, j'ai démontré dans mon travail sur l'enseignement du matin et de l'après-midi qu'il y a *cumul* de l'énergie musculaire pendant la deuxième moitié du jour, accompagné par une *dépression* d'énergie intellectuelle.

Ce phénomène est également typique pour le non-parallélisme.

On m'objectera que les méthodes ergographiques et dynamométriques ont quand même indiqué déjà la fatigue psychique entre les mains d'habiles expérimentateurs. Cela n'exclut pas seulement la possibilité de ce que j'indique, mais prouve qu'on a su se mettre sous ce rapport, inconsciemment, dans de bonnes conditions expérimentales. Quand on fait des expériences avec l'ergographe et le dynamomètre il faut tâcher d'empêcher le cumul musculaire qui se poursuit, à cause de l'immobilité, à travers les heures de classe et qui atteint son degré le plus aigu quand la digestion du repas de midi s'est terminée.

La conclusion qui s'impose de ces expériences est que les exercices physiques (gymnastique, sports, etc), ont leur place marquée dans l'après-midi, non pas immédiatement après le diner, mais quelque temps après. Ce résultat expérimental est vraiment digne d'intérêt et il devrait trouver une application immédiate.

---

(1) SCHUYTEN. *L'Education de la Femme* (Bibliothèque biologique et sociologique de la Femme, Doin, 1908, pp. 216-217).

Quand l'école de l'avenir sera réorganisée au point d'éviter la sédentarité, on pourra placer les leçons de gymnastique à n'importe quelle heure.

Il ne faut pas aussi perdre de vue qu'au mois de *mars*, une dépression de force musculaire se laisse constater chez les écoliers (Schuyten). Il est donc nécessaire de les ménager à ce moment de l'année.

Nous devons d'ailleurs à Schuyten des expériences psychologiques, non moins intéressantes, sur la valeur du travail intellectuel des deux moitiés de la journée. Il a comparé les deux moitiés de la journée au point de vue du rendement intellectuel. A cet effet, quatre procédés ont été employés : 1° *Exercices de copie*. Un texte très simple fut présenté sur un tableau blanc en caractères imprimés pour être copié dans un délai de cinq minutes. Le matin, on constate moins de fautes et de corrections dans la copie. 2° *Méthode graphologique*. Les graphologues admettent, semble-t-il, que l'augmentation de la grandeur de l'écriture chez une même personne indique de l'excitation physique et de la fatigue. Or, les épreuves recueillies montrent que l'écriture des écoliers est plus grande l'après-midi que le matin. 3° *L'attention* serait à 2 heures inférieure à celle de 8 heures 1/2, supérieure à celle de 11 heures. 4° *Variabilité de la mémoire*. Le matin les enfants retiennent plus de mots.

Friedrich (1) faisait des exercices de dictée et d'arithmétique avec des élèves de 10 ans, dans le but de poursuivre la marche de la fatigue à travers la journée scolaire. Aussi bien pendant la première que pendant la deuxième moitié de la journée, les leçons non précédées de récréation donnent les résultats les moins favorables. Mais le travail fourni l'après-midi est inférieur à celui du matin.

Zollinger (2), faisant l'examen des yeux et des oreilles des enfants des écoles de Zurich, put toujours constater que les élèves sont moins attentifs aux expériences l'après-dîner que le matin.

Citons encore Schmid-Monnard qui, ayant examiné l'état sanitaire des enfants qui ont classe l'après-midi et ceux qui sont libres à ce moment, constata qu'en règle générale, l'état sanitaire des premiers est moins satisfaisant que celui des seconds.

Il est donc surabondamment prouvé que l'enseignement de l'après-midi est beaucoup plus fatigant, moins productif que celui du matin, et que l'attention des élèves n'est pas aussi soutenue dans l'enseignement qui se donne l'après-midi.

Ces résultats ne pourraient-ils pas justifier *un essai de réduction des heures de travail dans les écoles*, ainsi qu'on le réclame pour les ouvriers travaillant dans les mines et les industries insalubres. L'ex-

---

(1) FRIEDRICH. *Zeitschr. f. Psych. und Phys. der Sinnesorg*, XIII, 1897, 1.

(2) Cité par SCHUYTEN.

périence a montré qu'une réduction semblable pouvait être favorable pour l'ensemble de la productivité. Le problème est d'ailleurs le même ici que là. Il s'agit du phénomène appelé *accumulation de fatigue* ou *fatigue rémanente*. Mosso a été le premier à démontrer avec l'ergographe que la fatigue n'est pas proportionnelle au travail accompli, mais que la fatigue croît beaucoup plus vite que le travail. Si cinquante contractions sont nécessaires pour épuiser un muscle, il faudra deux heures de repos pour reconquérir sa force primitive. Mais si vous ne faites que vingt-cinq contractions, une demi-heure de repos va suffire. Pour les muscles déjà fatigués, le moindre travail produit des effets désastreux.

L'observation des phénomènes relatifs au travail intellectuel montre qu'il en est de même dans ce domaine. Déjà quelques expériences citées dans le courant de cet article en sont une démonstration. Mais à ma connaissance ces rapports n'ont pas encore attiré toute l'attention qu'ils méritent. Si l'après-midi la fatigue intellectuelle est plus grande, c'est que notre enseignement favorise l'accumulation de la fatigue intellectuelle. Certes, l'effort est nécessaire pour une forte éducation; nous proclamons la nécessité de l'effort et même de la fatigue.

Mais les expériences pédologiques sur la valeur du travail intellectuel du matin et de l'après-midi ont apporté le témoignage inébranlable de l'accumulation de fatigue qui se fait dans les classes d'heure en heure, de jour en jour, et même de mois en mois, malgré les pauses, les récréations, les jours de fêtes et les grandes vacances.

Il y a donc malmenage et surmenage intellectuels à l'école. Comment y remédier? Le remède palliatif est de réduire le nombre des heures de travail, de supprimer ou au moins de diminuer l'enseignement de l'après-midi, de consacrer plus de temps aux exercices physiques.

Le remède radical sera trouvé lorsque des études sur le *mode de fonctionnement économique du cerveau* auront été entreprises, ainsi que les choses se font dans l'étude du travail musculaire (1). On verra alors qu'on peut travailler beaucoup intellectuellement et avoir des résultats médiocres. On peut, d'autre part, sacrifier un nombre d'heures limité au travail intellectuel et avoir des résultats brillants.

Les résultats favorables peuvent tenir à des causes nombreuses, dont nous allons énumérer quelques-unes : 1° enseignement attrayant, fixant l'attention, sans trop la fatiguer; 2° succession rationnelle des cours; les cours les plus difficiles devront être donnés le

(1) Nous considérons comme très fructueux — et ici nous sommes d'accord avec Ch. Richet — les rapprochements faits entre le travail des muscles et celui du cerveau. Mais ces rapprochements ne préjugent en rien sur la nature du travail intellectuel.

matin ; les cours difficiles devront alterner avec les cours plus faciles ; les cours fatigant un sens (vision, audition) ou une aptitude (mémoire, calculs, etc.), devront alterner avec des cours produisant une fatigue toute différente ; 3° le classement des élèves devra être basé sur leurs aptitudes ; l'instituteur n'exigera pas de tous les élèves une même aptitude au travail pour toutes les branches ; 4° l'instituteur n'oubliera pas que l'enfant est un être essentiellement variable et que ses réactions ne peuvent être toujours les mêmes. S'il constate l'inattention persistante, il doit changer de sujet afin de laisser se reposer le cerveau des élèves ; 5° la durée du sommeil des enfants doit être suffisamment longue, ainsi que l'indique l'hygiène ; 6° des exercices physiques appropriés s'apposeront à l'accumulation de la fatigue intellectuelle, mais on évitera pendant la durée de l'année scolaire les exercices physiques trop intenses, car ils ne font qu'aggraver les effets du surmenage intellectuel. Ces exercices intenses peuvent trouver place pendant les vacances quand le cerveau se repose.

Nous ne nous occuperons pas ici des détails des programmes ni de la question des examens et des devoirs à domicile, ce sujet ressortissant de l'organisation scolaire.

Un mot sur les vacances. Nous avons déjà fait connaître à ce sujet l'opinion du Dr Mathieu. De même Schuyten affirme que le cumul des jours de congé n'a pas l'effet salutaire qu'on en attend. Cet auteur voudrait éparpiller les vacances à travers toute l'année ; elles ne dépasseraient pas une semaine.

Nous croyons aussi que des vacances plus courtes mais plus fréquentes seraient préférables pour l'enfant (non pour l'adulte). Mais il est impossible de leur assigner la courte durée d'une semaine. C'est peut-être favorable pour le repos cérébral, mais non pour le repos physique. L'habitant des villes n'a le loisir d'aller à la campagne qu'en été. Ce n'est pas le hasard qui a fait instituer les grandes vacances en plein été. Pendant les grandes chaleurs le travail est peu productif. C'est d'ailleurs une occasion de voyager, de s'instruire d'une façon autre qu'à l'école. On ne peut donc supprimer les grandes vacances. Il ne faut pas, dans la pédagogie nouvelle, prendre le contre-pied de toutes les choses anciennes ; il y en a beaucoup qui sont bonnes, qui ont été inspirées par le bon sens. L'enfant ne pourra aller à la campagne tous les mois pour se reposer.

Pour finir, un mot sur la fatigue des instituteurs. On s'est occupé très peu de cette question, et cependant elle mérite une attention toute spéciale. L'école doit conserver intacte non seulement la santé des enfants, mais aussi celle des maîtres. C'est là une question de justice primordiale. Or, s'est-on inquiété si l'instituteur, lui aussi, n'est pas surmené, s'il n'est pas la prise de la neurasthénie et d'autres affections du système nerveux ? La question a été à peine posée par quelques auteurs allemands.

Il n'est pas douteux, qu'avec les nouvelles méthodes d'enseignement, l'effort intellectuel exigé des instituteurs ne soit beaucoup plus grand qu'auparavant. Il ne faudrait même pas s'étonner que, dans certains cas, les intérêts des enfants ne sont pas exactement les mêmes que ceux des maîtres. Pour y remédier, il n'est nullement nécessaire de sacrifier les uns ou les autres. Tout à l'école doit avoir en vue le bonheur des enfants. Mais on n'exigera pas des instituteurs un travail trop accablant, on limitera leurs heures de travail, on leur assurera des vacances longues et libres de tout souci, et cet état de choses se répercutera aussi sur les élèves. Des maîtres neurasthéniques sont incapables de bien remplir leur besogne. Nous réclamons pour eux aussi les bénéfices de l'inspection sanitaire.

Les écoles dites « nouvelles », dont le principe vient d'Amérique, ont, semble-t-il, résolu la question du surmenage intellectuel en transformant complètement le programme d'études. Elles ont mis à contribution le grand principe de l'entraînement psychique, en tenant continuellement l'attention des élèves en éveil. Dans ces écoles, le travail des élèves dure longtemps, sans interruption aucune, l'objet du travail restant le même, mais il est envisagé à des points de vue divers. C'est ainsi que l'intérêt croît jusqu'à un maximum et la fatigue ne se produit pas. Plusieurs heures consécutives peuvent être consacrées à l'histoire, à la géographie, aux mathématiques, mais dans l'enseignement de chacune de ces branches on met en œuvre tour à tour les procédés les plus divers, s'adressant à toutes les facultés et captivant l'attention des sujets : tableaux visuels, travaux graphiques, dessin, récitation, cartes, comparaison, modelage, constructions, etc., etc.

Le principe de cette méthode nous paraît excellent, il a sa raison d'être psychologique et en outre, il a déjà donné ses preuves. Les écoles actuelles ne peuvent rester indifférentes vis-à-vis de ces résultats. Nous trouvons qu'il serait urgent d'organiser une enquête dans le but de se rendre compte scientifiquement si en effet la fatigue est bannie en suivant ce procédé, et, dans l'affirmative, l'appliquer à l'enseignement officiel. De toutes façons, les écoles officielles auraient beaucoup à gagner, non en copiant textuellement le programme des écoles nouvelles (Cecil Roddie en Angleterre, Lietz en Allemagne, Bertier en France, Decroly en Belgique) — qui ellesmêmes ne doivent être considérées que comme un essai — mais en étudiant de près leur organisation et les résultats acquis, notamment en ce qui concerne les moyens d'éviter la fatigue intellectuelle.

Note. Au moment de mettre sous presse cet article, nous prenons connaissance d'une brochure très intéressante de Max Offner : *Die geistige Ermüdung* (Berlin, 1910). L'auteur est partisan de la méthode du *travail continu* de Kraepelin.

TABLEAU SYNOPTIQUE
DES SIGNES DE LA FATIGUE INTELLECTUELLE

DRESSÉ PAR

I. IOTEYKO

			AUTEURS
	Travail de quelques secondes à 15 minutes	Augmentation du nombre de pulsations. .	Mentz, Gley, Binet et Courtier, Mac Dougall.
	Travail de 30 minutes à plusieurs heures .	Diminution du nombre de pulsations . . .	
	Travail court (calcul mental)	Augmentation du volume du cerveau (pléthysmographie)	Mosso, Gley, Franck, Sollier, Patrizi.
III. Effets sur les échanges nutritifs et la température du corps.	Travail court.	Effets douteux.	
	Travail prolongé.	Fièvre nerveuse dans des cas rares.	
IV. Effets sur le système digestif.		Dyspepsie	
		Anorexie	
		Colite chronique.	

		tation de la pupille	
	Travail de 1 à 15 minutes (attention, calcul mental)	Diminution de la courbure du cristallin	Heinrich.
		Position divergente des yeux	Heinrich.
		Augmentation de la distance d'accomodation	Baur.
		Relâchement des muscles des doigts	Mac Dougall.
V. Effets sur le système musculaire	Travail intellectuel court (1 à 5 minutes)	Augmentation de la force au dynamomètre	Féré.
	Travail intellectuel prolongé (2 heures)	Diminution de la force au dynamomètre	Clavière.
	Travail intellectuel prolongé (1 à plusieurs heures)	Diminution du travail à l'ergographe Tics des paupières Tics de l'écriture (écriture tourmentée, etc.) Tics du langage	Mosso, Kemsies, Keller.
		Le sujet frappe un certain rythme choisi d'avance. La fatigue intellectuelle modifie ce rythme	Stern, Lobsien, Lay, Gilbert, Wells, Meumann.
		Modification de la sensibilité musculaire. (Méthode cinématométrique)	Meumann, Gineff.
		Augmentation de la sensation de tension	
VI. Effets sur la sensibilité cutanée	Signe de Griesbach (tact)	Diminution de la sensibilité tactile (en rapport avec le degré de fatigue)	Griesbach, Vannod, Blazek, Schuyten, Keller, Wagner, Binet, Noïkoff, Bonoff, Sakaki, etc.
	Petite fatigue	Augmentation de la sensibilité dolorifique	Vannod, Carman, Swift.
	Grande fatigue	Diminution de la sensibilité dolorifique	I. Ioteyko et M. Stefanowska.

VII. Effets sur la sensibilité de l'audition et de la vision.		Diminution du champ visuel. Affaiblissement du sens chromatique Diminution de l'acuité auditive.	
VIII. Effets sur le sens du temps	Travail intellectuel prolongé.	Augmentation de l'appréciation du temps.	Lobsien.
IX. Effets sur le système nerveux central.		Sommeil: Insomnie; Agitation; Rêves professionnels Céphalées fréquentes (premier signe de surmenage). Sensation de constriction à la tête Somnolence aux cours. Agitation aux cours Expression du visage et des yeux Bourdonnements d'oreilles. Etourdissements, vertiges Irritabilité Sensation de lassitude, abattement.	Observations des médecins et des pédagogues.
	Vitesse du travail intellectuel continu. Additions.	Travail de 28 minutes. Diminution de la vitesse du travail	Oehrn, Amberg, Rivers, Kraepelin, etc.
	Apprendre des séries de chiffres	Travail de 5 minutes. Diminution de la vitesse du travail Travail de 15 à 30 minutes. Augmentation de la vitesse Travail de 60 à 120 minutes. Diminution de la vitesse	

XII. Effets sur le travail intellectuel même...	Adultes	Mémoire des chiffres	Travail de 60 minutes. Diminution de la vitesse	Oehrn.
		Vitesse de lecture	Travail de 38 minutes. Diminution de la vitesse	
		Vitesse d'écriture	Travail de 26 minutes. Diminution de la vitesse	
		Mémoire des syllabes	Travail de 24 minutes. Diminution de la vitesse	
		Epreuve combinée. Examen de l'attention, de l'aptitude au calcul, de la mémoire des chiffres, de la reconnaissance des mots et des chiffres.		Teljatnik.
	Enfants	Nombre d'erreurs dans les dictées des élèves. Methode des dictées	Travail de 15 minutes à plusieurs heures. Augmentation.	Signe de Sikorsky. Höpfner, Friedrich.
		Nombre d'erreurs dans les calculs des élèves. Méthode des calculs	Travail de 15 minutes à plusieurs heures. Augmentation.	Signe de Burgerstein. Laser, Holmes.
		Nombre de fautes en remplissant les lacunes. Méthode de combinaison.	Travail de 60 minutes à plusieurs heures. Augmentation.	Méthode d'Ebbinghaus.
		Biffer certains mots et certaines lettres dans un texte	Diminution de la vitesse de travail.	Ritter.
		Copier le plus de lettres possible pendant 5 minutes	Diminution de la vitesse	Schuyten.
		Durée de l'attention soutenue	15 minutes, enfants de 5 à 7 ans 20 minutes, enfants de 7 à 10 ans. 25 minutes, enfants de 10 à 12 ans. 30 minutes, enfants de 12 à 16 ans	Chadwick.

Remarque. — Ce tableau renseigue sur les signes de la fatigue, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Pour donner un terme de comparaison les effets produits par un travail intellectuel, non fatigant, sont aussi annotés. Il ne faudrait pas croire qu'un individu fatigué intellectuellement doit présenter nécessairement tous ces signes. La distribution sera différente suivant l'âge, les aptitudes et suivant la constitution des enfants. On ne se basera jamais sur l'appréciation d'un seul signe.

SOCIETE BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 26 juin 1909. — Présidence de M. le docteur Decroly.

(Suite)

Pachyméningite hémorragique d'origine traumatique

(Présentation des pièces anatomiques)

M. SANO. — (Cet article a paru dans le *Journal de Neurologie*, n° 17, p. 321.)

Discussion.

M. GLORIEUX. — Les cas de traumatisme cranien puevent traîner longtemps; un de mes malades, auquel M. Ley a fait une ponction lombaire peu de temps après un traumatisme cranien (marteau sur la tête), n'est pas complètement guéri après deux ans. Nous avons songé aussi à l'intervention au début, mais nous avons eu des raisons pour la différer.

M. SANO. — L'intervention n'est favorable que tout au début.

M. BOUCHE. — La ponction lombaire est très utile dans ces cas. La paralysie de la sixième paire n'a pas de valeur au point de vue localisation. On la trouve dans toutes les localisations (Horsley).

M. DEBRAY. — Les troubles moteurs oculaires que M. Sano a constatés dans le cas qu'il nous rapporte sont à mon avis dus à une compression du nerf moteur oculaire externe. Ce nerf croise la crête du rocher, il a bien pu être lésé lors des coups que le sujet de M. Sano a reçus. Il peut aussi avoir été comprimé consécutivement lors de la production de la poche méningée; celle-ci, en effet, se produisant au pôle cérébral opposé au point où le nerf de la sixième paire croise l'arête du rocher, a comprimé celui-ci.

Ce n'est certainement pas la lésion pariétale qui a occasionné la diplopie. Elle aurait donné naissance à de la déviation conjuguée sans diplopie, ce qui n'a pas été constaté.

Pathogénie du Tabes. — Traitement

M. DEBRAY. — (Voir cet article dans le *Journal de Neurologie*, n° 22, p. 421.)

BIBLIOGRAPHIE

—

Programme de la célébration du 25e anniversaire de la fondation de l'Institut neurologique de Vienne, publié par OTTO MARBURG. (2 volumes, Franz Deuticke, Vienne 1907. Prix : 25 M.)

Ces volumes contiennent une quantité de travaux intéressants exécutés dans le laboratoire de l'Institut. Ils sont précédés d'un beau portrait du professeur Obersteiner et de l'histoire de l'Institut, dont la réputation s'est répandue dans le monde entier.

L'année électrique, par FOVEAU DE COURMELLES. (10e année, Paris, Béranger, éditeur, 1910. Prix : fr. 3.50.)

L'auteur continue, chaque année, sa revue des nouveautés concernant l'électrothérapie, la radiothérapie, la photothérapie, la télégraphie sans fil, etc. Cet ouvrage, d'un prix peu élevé, sera lu avec fruit.

Les névralgies et leur traitement, par LEVY et BAUDOUIN. (Paris, 1909, Baillière, éditeur. Prix : fr. 1.50.)

Les auteurs passent d'abord en revue le traitement des névralgies en général, puis ils abordent l'étude des névralgies en particulier.

Sur les conséquences médicales de la catastrophe de Courrières, par E. STURLIN. (Berlin, 1909. Karger, éditeur.)

Cette étude est suivie de considérations sur la catastrophe de Hamm et sur les tremblements de terre de Valparaiso et Messines.

Accidents oculaires provoqués par l'électricité, par A. VAN LINT. (Bruxelles, 1909. Severeyns, éditeur.)

L'auteur passe successivement en revue les accidents oculaires produits par la foudre, les courts-circuits, la soudure électrique, la télégraphie sans fil, la lumière électrique, les applications médicales de l'électricité.

Manuel de l'ensemble des applications médicales de l'électricité, par BORUTTAU. MANN, LEVY-DORN et KRAUSE. (Leipzig, 1909. Werner-Klinkhardt, édit. Band I.)

Cet ouvrage, édité avec la collaboration d'un grand nombre de spécialistes, constitue un monument remarquable contenant l'ensemble de nos connaissances sur l'électricité envisagée au point de vue médical.

Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie, publiée sous la direction de RAYMOND MEUNIER. (Paris, Bloud et Cie, éditeurs. Prix : fr. 1.50 par volume.)

L'ensemble de la collection formera une sorte d'*Essai synthétique sur l'ensemble des questions psychologiques et des problèmes qui s'y rattachent.*

Volumes parus :

I. — N. VASCHIDE, directeur adjoint du laboratoire de psychologie pathologique de l'Ecole des Hautes-Etudes. — *Les Hallucinations télépathiques.*

II. — Dr Marcel VIOLLET, médecin des Asiles. — *Le Spiritisme dans ses rapports avec la folie.*

III. — Dr A. MARIE, médecin en chef de l'Asile de Villejuif, directeur du laboratoire de psychologie pathologique de l'Ecole des Hautes-Etudes. — *L'audition morbide.*

IV. — Princesse LUBOMIRSKA. — *Les Préjugés sur la folie*, avec une préface du docteur Jules Voisin, médecin en chef de l'hospice de la Salpêtrière.

V. — N. VASCHIDE, directeur adjoint au laboratoire de psychologie pathologique de l'Ecole des Hautes-Etudes et Raymond MEUNIER, chef des travaux au même laboratoire. — *La Pathologie de l'attention.*

VI. — Henry LAURES. — *Les Synesthésies.*

VII-VIII. Raymond MEUNIER, chef des travaux au laboratoire de psychologie pathologique de l'Ecole des Hautes-Etudes. — *Le Hachich*, essai sur la psychologie des paradis éphémères.

IX. — Dr Henri BOUQUET. — *L'Evolution psychique de l'enfant.*

X. — Drs A. MARIE, médecin en chef de l'Asile de Villejuif et R. MARTIAL, chef des travaux du laboratoire d'hygiène ouvrière. — *Travail et folie.*

XI. — ALBER. — *De l'Illusion.* Son mécanisme psycho-social. Préface de Raymond MEUNIER.

XII. — Dr A. MARIE, médecin en chef de l'Asile de Villejuif. — *Les Dégénérescences auditives.*

XIII. — Dr LAVRAND ,professeur aux Facultés libres de Lille. — *Rééducation physique et psychique.*

XIV. — Dr LEGRAIN, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard. — *Les Folies à éclipse.*

Précis d'auto-suggestion volontaire, par BONNET. (Paris, Rousset, éditeur, 1910. Prix : fr. 3,50.)

Nous ne pouvons mieux caractériser cet ouvrage qu'en reproduisant sa préface :

Améliorer l'individu, et, par conséquent, développer la vigueur physique, l'énergie morale, la fermeté du caractère, perfectionner et entretenir le bien-être particulier et général par des méthodes simples à la portée de tous, tel est le but de ce livre.

Les tares ancestrales ne sont pas forcément héréditaires, indélébiles et irréparables.

L'homme peut, de lui-même, par sa volonté convenablement éduquée et bien appliquée, transformer sa nature, diminuer ses infirmités et ses défauts, accroître ses qualités.

La chance et le hasard nous gouvernent rarement. Et si nous ne pouvons pas toujours diriger les événements dans un sens favorable à nos intérêts, il nous est souvent possible d'en atténuer les conséquences fâcheuses.

Il existe dans l'organisme humain des forces demeurées trop longtemps ignorées qui facilitent le bonheur par le calme de l'esprit et la confiance dans le succès final.

L'auto-suggestion volontaire est une de ces forces.

En l'utilisant, on peut arriver à la maîtrise de soi-même et à l'influence sur autrui.

Avec son aide, on peut se constituer une personnalité puissante qui permettra d'acquérir dans la société une situation prépondérante et de devenir quelqu'un.

La Cyclothymie, par PIERRE KAHN. (Paris, 1909, Steinheil, éditeur.)

La constitution cyclothymique est essentiellement caractérisée au point de vue clinique par des variations et des oscillations continuelles du ton affectif ou de l'humeur qui s'expriment par un sentiment général de bien-être ou de mal-être, lequel réagit et retentit à son tour sur tous les modes de l'activité psychique.

L'intérêt qui s'attache à la conception de la psychose maniaque-dépressive ne réside pas seulement dans le rapprochement et l'unification nosologique des syndromes maniaques et dépressifs qui étaient considérés autrefois comme des entités morbides sous les noms de manie et de mélancolie simples, intermittentes, périodiques, de folie à double forme, alterne, circulaire, etc. L'existence d'une constitution psychopathique spéciale servant de substratum à toutes ces pseudo-entités, préexistant à leur apparition et survivant à leur disparition, voilà le fait capital qui a été définitivement mis en lumière par la dernière synthèse du professeur Kraepelin.

Cette constitution psychopathique est désignée aujourd'hui sous le nom de *cyclothymie*, et c'est à son étude que M. Pierre Kahn vient de consacrer sa thèse inaugurale. Cette étude est inséparable de celle des formes frustes ou atténuees de la psychose maniaque-dépressive qui n'en sont que le grossissement ou l'amplification.

Les maladies mentales dans l'armée française, par A. ANTHEAUME et ROGER MIGNOT. (In-16 de 250 pages, Paris, 1909, Delarue, éditeur. Prix : 4 francs.)

Cet ouvrage comprend quatre parties. La première, d'ordre général, porte sur les données des principales statistiques qui vaillent d'être examinées ; la seconde s'occupe des multiples variétés d'affections mentales qui s'observent dans l'armée française ; la troisième a trait au côté médico-administratif de la question, à son côté médico-légal et aux mesures qui s'imposent pour remédier notamment à la méconnaissance trop fréquente chez les militaires, de l'aliénation mentale. Enfin la quatrième partie comprend des documents de tous ordres qu'il sera commode pour qui s'intéresse à la question — médecins, parlementaires, juristes, etc. — de trouver dans ce volume : discussions à la Chambre sur l'expertise mentale dans l'armé et texte adopté ; travaux spéciaux occasionnés par le Congrès de Nantes ; index bibliographique des publications à consulter sur la matière.

La joie passive, par M. MIGNARD. (In-16 cartonné, Félix Alcan, éditeur. Prix : 4 fr.)

La joie passive est un état de béatitude qui se révèle chez certaines catégories d'aliénés par un sourire doux et niais, par l'optimisme des réponses du sujet, et par le ton de sa voix. Elle n'est accompagnée d'aucune excitation intellectuelle.

Cet état de béatitude s'oppose à l'émotion joyeuse que M. Dumas a décrite chez d'autres catégories d'aliénés.

L'auteur étudie cette joie passive dont, jusqu'alors, on s'est peu occupé. Il montre que, dans l'ordre mental, elle peut s'associer avec le ralentissement de toutes les fonctions intellectuelles, même avec l'inertie la plus complète ; que, dans l'ordre physique, elle peut s'accompagner de tous les signes caractéristiques de la dépression, et qu'enfin, d'une façon plus générale, elle peut s'associer avec des états de déchéance physique et morale.

Le docteur Mignard montre la complexité de la question de la joie, le caractère contradictoire des phénomènes mentaux et organiques qui s'associent, suivant les cas ,au sentiment agréable, la nécessité d'expliquer le plaisir moral

par un élément qui se retrouve dans toutes les joies. Entre la joie du maniaque et la béatitude du dément, l'homme normal connaît le bonheur de l'activité calme, puissante et volontaire. Une partie de ces études éclaire également des phénomènes accompagnant l'excitation saine, mentale et organique.

La paralysie générale *(neurologie, psychiatrie)*, par A. JOFFROY et ROGER MIGNOT. (In-18 Jésus. cartonné, de 450 pages, avec 29 figures, Paris, 1910, O. Doin, éditeur, Prix : 5 francs.)

Dans le présent ouvrage sur la paralysie générale. le professeur Joffroy et le docteur Roger Mignot ne se sont pas contentés de reproduire d'une manière complète les notions aujourd'hui définitivement acquises, ils ont, de plus, exposé les résultats de leur expérience et de leur observation.

Après une description d'ensemble de la maladie, chacun de ses symptômes essentiels (la démence, les troubles oculaires, les troubles du langage, etc.) est longuement étudié dans autant de chapitres spéciaux où le sujet est pour ainsi dire épuisé.

Dans les pages suivantes, consacrées à l'anatomie pathologique, on trouvera une véritable revue générale de la question.

On sait quel désaccord sépare toujours en plusieurs camps aliénistes et neurologistes, relativement à l'étiologie et à la pathogénie de la paralysie générale; les auteurs ont repris et exposé en une longue discussion leur opinion personnelle sur ce point.

Le diagnostic de la paralysie générale, ses formes et ses variétés, son traitement, les questions médico-légales qui s'y rattachent sont autant de sujets que les auteurs ont traité avec un grand souci des détails.

L'ouvrage se termine par une bibliographie de plus de soixante pages, qui rendra de réels services à tous les chercheurs.

Le vagabond, par A. PAGNIER. (In-18 de 250 pages, Paris, 1910, Vigot, éditeur. Prix : fr. 3.50.)

Englober dans un seul volume toute la question touffue du « Vagabond », tirer d'une documentation serrée des conclusions logiques, et pour ce faire, passer en revue toute l'histoire, toute la pathologie, toute la législation spéciale et même la sociologie, tel est l'effort accompli par l'auteur.

M. le docteur Dubief, député, ancien ministre, dit dans sa préface : « Aux purs sociologues qui ont étudié le vagabondage, tout le côté pathologique du problème a échappé; aux psychiatres qui ont décrit sur la fugue et ses mille variétés, l'aspect social en a presque toujours paru d'un intérêt négligeable. M. le docteur Pagnier a su se montrer à la fois sociologue et aliéniste, et son livre y a gagné d'être une contribution des plus précieuses à l'étude complète et générale du vagabondage. »

La fonction du sommeil, par ALBERT SALMON (de Florence). (In-8° de 234 pages. Paris, 1910, Vigot, éditeur. Prix : 4 francs.

L'étude du sommeil présente certainement un intérêt égal à celle des autres fonctions de l'organisme. Cependant c'est à peine si nos traités de physiologie effleurent cette question, sans arriver à nous donner une idée du mécanisme du sommeil. La pathologie, privée d'une base physiologique, ne nous renseigne que d'une façon superficielle sur les troubles de cette fonction, et la thérapeutique se borne, par suite, à nous présenter une longue série d'hypnotiques. Un phénomène physiologique, qui s'empare du tiers de notre existence, a cependant droit à une étude plus sérieuse. C'est ce dont est convaincu le

docteur A. Salmon en présentant au médecin et au biologiste une étude très documentée du problème du sommeil, dans laquelle il expose la physiologie et le mécanisme de cette fonction, en faisant ressortir une notion qui lui est propre, celle du rôle des glandes à sécrétion interne, de l'hypophyse dans le sommeil. Un chapitre sur le sommeil pathologique termine cette étude, qui constitue une annexe indispensable de nos traités de physiologie et de pathologie et qui ne peut manquer d'être bien accueillie par le public médical.

Maladies de la moelle épinière, par J. DEJERINE et THOMAS. (1 vol. gr. in-8° de 839 pages avec 420 figures, broché 16 francs, cartonné fr. 17.50, Paris, 1909, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.)

Les auteurs étudient d'abord l'anatomie normale, l'anatomie pathologique, la séméiologie et la physiologie de la moelle.

Vient ensuite l'exposé des affections secondaires : traumatisme direct, accidents médullaires immédiats sans lésions du rachis, accidents médullaires tardifs, compression de la moelle, accidents médullaires au cours du mal de Pott.

L'étude des affections primitives comprend :

1° Les affections non systématisées : ramollissement médullaire, hématomyélie, myélite aiguë, syphilis médullaire, poliomyélites antérieures aiguës, paralysie ascendante aiguë, abcès de la moelle, sclérose en plaques, syringomyélie, hydromyélie, tumeurs de la moelle, maladie de Little;

2° Les affections systématisées : poliomyélite antérieure chronique, sclérose latérale amyotrophique, tabès (dont l'étude seule ne comprend pas moins de 150 pages), scléroses primitives ,combinées et systématisées.

Les maladies héréditaires et familiales sont ensuite passées en revue : maladie de Friedreich, hérédo-ataxie cérébelleuse, paraplégie spasmodique spinale. Puis viennent les affections congénitales de la moelle. Les deux derniers chapitres sont consacrés aux lésions de la moelle épinière dans les névrites et aux maladies des racines (radiculites) et des ganglions rachidiens (rhizopathies).

Les auxiliaires du médecin d'asile, par A. RODIET. (In-16 de 210 pages, Paris, 1910, Giard, éditeur. Prix : fr. 3.50.)

L'aliéné, enfermé à l'asile, ne peut s'améliorer et guérir que si on s'occupe de lui et si on le traite avec douceur et bonté. La prescription médicale n'a d'effet que par la façon même dont elle est comprise et exécutée. Aussi bien, de quelle utilité sont pour le malade les phrases d'espoir du médecin et ses promesses, si, dès qu'il a le dos tourné, l'infirmier limite son propre rôle à l'emploi de la camisole de force.

La question de recrutement et d'éducation du personnel infirmier des asiles n'est pas la partie la moins essentielle de l'étude des soins à donner aux aliénés. C'est donc sur ce point spécial de thérapeutique que l'auteur a établi ses recherches. Ses observations sont le résultat d'une enquête auprès de tous les asiles et quartiers d'hospices de France.

Montrer quelle est l'organisation actuelle des asiles déparmentaux, en ce qui concerne les gardes-malades; étudier ensuite par quels changements on pourrait modifier le recrutement et l'éducation du personnel infirmier des asiles et, par suite, faire une part plus large au traitement moral et individuel des aliénés, tel est le but de ce travail.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'autorité du médecin reconquise par une réforme dans l'enseignement médical

Lecture faite devant la Psycho-Medical Society
à Londres, le 28 janvier 1910
par le Dr A. W. VAN RENTERGHEM, d'Amsterdam

MESSIEURS,

Le bureau de notre Psycho-Medical Society, qui m'a fait l'honneur de m'inviter à parler devant vous ce soir, me laissa libre dans le choix du sujet à traiter.

J'ai cru bien faire de choisir un sujet d'intérêt tout actuel, tant pour nous médecins que pour la société en général. Je me propose, notamment, d'étudier avec vous les causes qui ont conduit à une appréciation moindre de l'autorité du médecin de la part du public, et de chercher le remède contre un mal qui attaque tout particulièrement le médecin praticien ordinaire.

Si je ne me trompe, le médecin praticien, dans votre pays, comme ailleurs en Europe, se voit forcé de défendre son existence dans un combat de tous les jours, contre l'armée envahissante des médecins-spécialistes et le flux montant des hordes de charlatans et de gâte-métiers.

La profession médicale, tout comme le malade, applaudirait à toute tentative d'apporter une fin honorable à ce combat humiliant et indigne, celle-ci parce qu'une solution heureuse lui rendrait son autorité ancienne, celui-là parce qu'elle rétablirait sa confiance dans l'art du médecin.

L'exposition qui va suivre est destinée à vous convaincre qu'une réforme dans l'éducation du médecin peut conduire à la solution désirée.

Au commencement et même encore vers le milieu du siècle précédent, le médecin attitré jouissait d'une considération indisputée; il était, en effet, le praticien routinier, exerçant dans les villages et gros bourgs, souvent dans les villes même, les trois branches de l'art : la médecine, la chirurgie et les accouchements; le médecin de la famille qui connaissait si bien les constitutions, l'ami de la maison, l'oracle qui savait résoudre toutes difficultés, l'homme de confiance et de tact qui opérait plus de guérisons de par son ascendant moral et de par son autorité que par ses prescriptions.

Or, dans la seconde moitié du XIXe siècle, cette autorité commença à décroître, conséquence inévitable de l'extension indiscontinuée que subit son domaine.

En effet, la médecine, grâce à l'évolution incessante des sciences naturelles, vit s'ouvrir de nouvelles voies, découvrit de nouveaux moyens de

diagnostic et de traitement, et finit par embrasser tant de doctrines et de points de vue nouveaux, que le médecin ordinaire en vint à ne plus pouvoir tout s'assimiler.

Il ne fut que naturel qu'une division de travail s'opérât, nécessitant à son tour la naissance d'une classe de médecins-spécialistes.

A côté du médecin attitré surgit le chirurgien, l'accoucheur, le pédiatre, le gynécologiste, l'ophtalmologiste, le laryngo-, rhino- et otologiste, le dentiste, l'urologiste, le dermato- et syphilidologiste, le spécialiste pour la tuberculose pulmonaire et chirurgicale, un autre pour les maladies de la digestion et de l'assimilation, le psychiatre, le neurologiste, le médecin spécialiste pour l'orthopédie, la narcologie, la bactériologie et la microscopie diagnostique. La thérapie bien connue des médicaments chimiques se vit cotoyée d'une opothérapie, d'une sérothérapie, d'une physiothérapie dans ses différentes formes, telles que l'aéro-, climato-, hydro-, mécano-, électro-, photo-, radiothérapie, et, ne l'oublions pas, enfin d'une psychothérapie! Et qui pourrait nous dire que la spécialisation s'arrêtera là?

Ce cours des évènements, il faut le reconnaître, fut inévitable et eut son bon côté. Le spécialiste, en état de faire une culture plus intensive dans son domaine restreint, a fait progresser la science, a raffiné le diagnostic, enrichi la thérapie et amélioré la technique spéciale. Cependant la spécialisation a aussi son revers, dans ce sens qu'elle expose le médecin qui n'exerce qu'une partie de l'art, à n'envisager la maladie que de son point de vue spécial. En se concentrant continuellement dans son domaine restreint, il court le danger de se détacher trop de la science médicale en général, de voir trop le malade de son point de vue spécial et d'être conséquemment conduit aussi à faire un diagnostic erroné.

Cela se voit surtout dans les grandes villes où le malade se rend souvent chez le spécialiste sans consulter préalablement son médecin attitré, façon d'agir qui porte comme conséquence fâcheuse que le spécialiste, privé du concours de son confrère, ne dispose pas de certains éléments qui eussent peut-être pu contribuer à corriger ou modifier son diagnostic. Or un traitement basé sur un diagnostic défectueux, ne peut mener la maladie à bien, tourne au détriment du malade et nuit à l'autorité du médecin. Il n'est pas rare que le malade, ayant peu de confiance en son médecin attitré et se fiant trop à sa propre sagacité, se rende de sa propre autorité chez le spécialiste, et s'il ne se trouve pas satisfait des soins de celui-ci, court vers un autre; après avoir suivi différents traitements, sans en retirer quelque bénéfice, il perd peu à peu toute confiance en la capacité du médecin et finit par devenir une proie facile du charlatan ou du *faith-healer*.

Quelquefois aussi le contraire a lieu. Le cas peut se présenter, notamment, que le médecin attitré fasse trop tard appel, pour son malade, aux services du spécialiste, ou que, par pédanterie ou par étroitesse d'esprit, il dissuade son client d'aller consulter un confrère. Il est évident que pareille conduite nuise au prestige du médecin et fasse perdre au malade sa confiance dans l'homme de l'art.

Dans la majorité des cas, les malades soignés par les contrebandiers

de la médecine, se voient trompés. Cependant une minorité assez respectable de ces patients guérissent bel et bien par quelque sentence de l'uroscope, de la somnambule, par les passes du magnétiseur ou grâce à sa foi dans quelque cérémonie religieuse ou quasi-religieuse (par un pèlerinage à Lourdes ou à quelque autre sanctuaire), ou encore par l'imposition des mains ou par la vertu de la Christian Science, etc. Il ne conduit à rien de vouloir orgueilleusement nier ces faits. Mieux vaudrait que le médecin s'en rendît dûment compte et en tirât son profit.

Il faut en effet qu'il ouvre bien ses yeux, comprenne que sa science est incomplète et s'applique à trouver la raison pour laquelle le charlatan a su réussir, alors que son art à lui se montra impuissant. La conviction lui viendra alors que son traitement a été défectueux, qu'il a perdu de vue ou a imparfaitement saisi cette vérité que dans toute maladie le trouble somatique va de pair avec son équivalent psychique, et qu'en négligeant de faire la part du dernier, le traitement est condamné à rester stérile.

Dans la guérison par la foi, on opère consciemment ou inconsciemment sur le côté psychique de la maladie; aussi la suggestion directe ou indirecte constitue l'agent guérisseur. L'influence de ce facteur prépondérant dans la guérison du malade, n'a pas été suffisamment connue jusqu'ici. Le médecin lui-même croit encore trop à l'adage : *Post hoc, ergo propter hoc.*

Si parfois une opération chirurgicale quelconque, même insignifiante, telle, par exemple, la cautérisation du museau de tanche, est suivie de la guérison d'une céphalalgie habituelle, ou bien que l'incontinence d'urines disparaît après la tonsillotomie, le médecin devrait bien se garder de voir dans ces guérisons une relation directe de cause à effet, mais comprendre plutôt que ce résultat doit être mis au compte de l'impression produite par l'opération sur l'organe psychique du malade.

Trop souvent le médecin est induit en erreur en négligeant de se rendre compte de ce fait.

Le médecin spécialiste se laisse parfois entraîner, par un diagnostic défectueux, à faire inutilement des opérations graves, telles que les ovariotomies, les appendectomies, les ténotomies, les neurectomies et autres.

Il y a quelques années, un confrère amena à ma consultation une dame à qui l'on avait enlevé successivement les deux seins et un ovaire pour la guérir de névralgies intenses dont elle souffrait, et qui présentait alors une paraplégie fonctionnelle. Il est évident que la malade était hystérique et qu'elle avait subi ces mutilations sans nécessité.

Combien de fois l'ovariotomie n'a-t-elle été pratiquée afin de parer à des douleurs locales, pour trouver, après coup, l'organe parfaitement sain et voir continuer ou reprendre les douleurs quelque temps après l'opération.

M'est avis qu'il est imprudent et inconsidéré de procéder à une opération grave et mutilante — telle que, par exemple, l'opération dite de Kocher, qui procède à une série de ténotomies pour guérir le tic rotatoire de la tête — avant d'avoir préalablement épuisé tous les autres moyens qui peuvent contribuer à faire le diagnostic et à guérir le malade.

Si en effet on ne peut pas écarter avec certitude absolue, dans un cas donné, le diagnostic de *tic mental,* on devrait, avant de recourir au scalpel, soumettre le malade à un traitement par la psychothérapie et ne réclamer les soins du chirurgien qu'après que ce traitement n'eût pas eu de succès.

Cela me rappelle un cas grave de tic rotatoire de la tête chez un homme d'une cinquantaine d'années, qui, après avoir suivi sans succès de nombreux traitements, voulait se soumettre à l'opération susdite. Toutefois le chirurgien, avant de procéder à cette opération mutilante, eut l'heureuse idée de diriger le malade vers moi en me priant d'essayer d'abord un traitement par la suggestion hypnotique.

A la grande satisfaction de ce confrère, du malade et de moi-même, je réussis à débarrasser notre homme de son invalidité dans le cours de trois mois. Comme il y a maintenant plus de douze ans que j'ai fait cette cure et qu'il n'y a pas eu de rechute, il y a lieu de dire que la guérison s'est montrée persistante.

J'eus un même succès dans quelques cas de névralgie du trijumeau (tic douloureux de la face) qui, ayant rechuté après la névrectomie, furent guéris par la suggestion hypnotique.

Le psychiatre et le neurologiste ne savent que trop bien que bon nombre de maladies fonctionnelles, simulant des lésions organiques et ayant été traitées comme telles, prouvent, après coup, être des maladies de l'imagination.

Cependant il n'est pas encore arrivé à la perspicacité de plusieurs de ces confrères, voire à celle des médecins praticiens ordinaires, de faire directement appel, dans le traitement de ces maladies, à la psychothérapie rationnelle, au lieu de s'en tenir à la suggestion indirecte des remèdes physiques et chimiques.

Les temps ne sont pas loin encore où la médecine de l'âme n'existait que rudimentaire, imparfaite, et n'était appliquée, le plus souvent, qu'inconsciemment et d'une façon empirique.

Je crois bien faire de rappeler à votre mémoire, succinctement, ce que l'histoire de la médecine nous apprend à ce sujet et comment, de l'ancien chaos, on a vu naître enfin la régularité et l'ordre, grâce aux travaux de Braid et de Liébéault.

Il est notoire que dans les anciens temps les prêtres professaient en même temps la médecine. Dans leurs sanctuaires regorgeant de malades, ils ne manquaient pas d'offrir leurs médicaments avec force cérémonie, ayant pour but de frapper l'imagination du patient. Ces remèdes opéraient souvent des miracles, grâce à la foi du malade dans le pouvoir du prêtre, dans lequel il voyait l'instrument de Dieu.

Dans le cours des siècles, la médecine s'étant peu à peu détachée de la prêtrise, le traitement moral fut négligé, cessa bientôt d'être compris du médecin et finit par être méconnu et abandonné. D'aucuns, cependant, continuaient à l'appliquer, et, en agissant sur le moral du malade, réussissaient à le guérir.

On trouve ainsi dans les écrits de Sylvius, qui vécut dans le XVII[e] siècle et eut des idées très avancées pour son temps, ces lignes mémorables : « Quiconque ne sait pas traiter les maladies de l'esprit, n'a pas

le droit de s'appeler médecin. J'ai traité un grand nombre de maladies de l'esprit et j'ai eu le bonheur d'en guérir plusieurs, plutôt cependant par mon influence morale que par l'aide de médicaments. »

Quelques esprits d'élite entre les prêtres catholiques, se sont montrés de fins observateurs de l'âme humaine; confesseurs, ils savaient diagnostiquer chez leurs ouailles les troubles psychiques et parvenaient, grâce à leurs sages conseils, à les guérir et à les garantir de conséquences fâcheuses. Ainsi le saint Ignace de Loyola, Fénelon, Bossuet réussissaient à guérir l'aboulie, le dégoût de la vie, le doute, les obsessions, grâce à leur aptitude peu commune à sonder l'âme et à lire dans le cœur de leur malade.

La médecine empirique de ces temps nourrissait la superstition. Les prêtres et les rois guérissaient par imposition des mains. On croyait à l'obsession diabolique, et les prêtres pratiquaient l'exorcisme. Les médecins étaient à la fois astrologues et tiraient l'horoscope.

Dès le XVIe siècle, après la découverte de l'aimant, Paracelse annonce l'existence du magnétisme animal. Sa doctrine théosophique fut développée par la foi et l'imagination.

Van Helmont et William Maxwell proclamaient le magnétisme animal comme une panacée. Ils furent les avant-coureurs d'Antoine Mesmer qui, en 1776, publia ses aphorismes sur le magnétisme universel et étonna Paris et le monde entier par ses guérisons miraculeuses, opérées par le magnétisme animal. Quoique Mesmer vit condamner sa doctrine par une commission, nommée par l'Académie royale de médecine de Paris, qui démentit l'existence d'un fluide magnétique animal et stigmatisa ses guérisons de produits de l'imagination, sa doctrine continua à compter de nombreux adeptes, parmi lesquels il convient de signaler surtout le marquis de Puységur.

Réduit à l'arrière-plan par les évènements de la Révolution française, le magnétisme animal renaît dès la Restauration. Il eut comme représentants : Deleuze, Dupotet, Faria, Bertrand, Noizet et autres.

En 1831, une nouvelle commission émet à l'Académie royale des sciences un rapport plus favorable sur le magnétisme animal, rapport dont la lecture fut refusée par ce corps savant.

En 1841, James Braid fait la mémorable découverte de l'hypnotisme. Il reconnaît la réalité des phénomènes provoqués par les manipulations du magnétiseur, mais nie en même temps que quelque fluide magnétiseur entrerait en jeu dans leur production. Le soi-disant état magnétique, baptisé par lui d'hypnotique, peut être obtenu sans le concours du magnétiseur, en fixant quelque temps un objet brillant quelconque. Il publie, en 1843, sa *Neurologie* introduite en France par Brown-Séquard. En Amérique, Grimes réussit à étonner le monde par son *Electro-Biologie;* il se sert, dans ses expérimentations, de la suggestion verbale. Durand de Gros répand la doctrine de Grimes en Europe, en faisant des lectures publiques dans les principales villes du vieux continent, et publie, en 1860, un « Cours théorique et pratique de Braidisme ».

En Angleterre, c'est Elliottson, à Calcutta Esdaile, qui se distinguent en faisant des opérations chirurgicales graves, à la faveur de l'anesthésie obtenue par les passes magnétiques.

Dans leurs communications à l'Académie des sciences de Paris, les professeurs Broca, en 1859, et Velpeau, en 1860, font ressortir les vertus du sommeil hypnotique, à la faveur duquel ils ont pratiqué des opérations chirurgicales graves sans douleur.

En 1866 paraît le livre *Du sommeil et des états analogues, considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique,* dans lequel un modeste médecin de village français, le docteur A.-A. Liébeault, rend compte de ses expérimentations faites sur ses malades avec le magnétisme animal ou le Braidisme, qui lui permettent de conclure que l'état passif, dans lequel il réussit à plonger le sujet, est un phénomène de la suggestion. Pour la première fois, il applique la suggestion verbale d'une manière systématique pour produire le sommeil et pour guérir les symptômes morbides.

Ce livre passe parfaitement inaperçu et reste inconnu durant quinze ans.

Cependant Charcot, l'illustre neurologiste parisien, et l'école de la Salpêtrière paraissent en scène dès 1878. Charcot contraint les hommes de science à reconnaître l'existence de l'hypnotisme et la réalité de ses phénomènes, mais comme il n'étudie cette science que sur les malades hystériques, il vient à tirer de ses études des conséquences fausses le conduisant à nier la valeur de l'hypnotisme comme moyen thérapeutique, et amène ainsi de la confusion dans les idées des médecins quant à leur appréciation de ce mode de la psychothérapie. Grâce aux travaux de Bernheim et des adeptes de l'école de Nancy, cette confusion disparaît peu à peu dès 1881, époque à laquelle le livre de Liébeault vient dans toutes les mains. La réalité des doctrines enseignées dans son livre est enfin reconnue.

Or de cette doctrine de la suggestion et de son application thérapeutique méthodique, élaborée et complétée par Bernheim et beaucoup d'autres adeptes, est née la psychothérapie moderne.

Nous voyons ainsi que, dès les temps les plus reculés, la suggestion consciente ou inconsciente, directe ou indirecte, joue un rôle prépondérant en médecine.

Elle constitue la base des guérisons opérées dans les sanctuaires, des prédictions d'astrologues et de tireurs d'horoscopes, de l'imposition des mains de rois et de prêtres, des cures des magnétiseurs, des uroscopes, des charlatans, des différents modes de guérison par la foi. Or, là où nous constatons les insuccès multiples de la médecine officielle, faute de reconnaître le rôle prééminent joué par le facteur psychique, dans l'évolution de la maladie et dans son traitement, là où nous cherchons la raison qui met à même les charlatans d'opérer mainte guérison de cas désespérés, négligés ou abandonnés comme incurables par la médecine, on est conduit à reconnaître qu'elle a failli par incapacité d'approfondir suffisamment la maladie et le malade par pénurie d'armes.

Cette faculté de guérir dont dispose le charlatan illettré ou le *faith-healer,* doit rentrer à l'avenir dans les attributs du médecin professionnel.

Pas n'est besoin qu'il s'abaisse pour cela au niveau du maraudeur de la médecine et se serve de la réclame du charlatan. Ce qu'il lui faut, c'est d'apprendre à analyser et à scruter l'organe psychique, à étudier

sa physiologie et sa pathologie, mais encore de se mettre au courant de la psychothérapie et de s'approprier sa technique.

Mon expérience personnelle démontre à l'évidence comment le médecin praticien qui vient à posséder la psychologie, se trouve du coup mieux à même de diagnostiquer et la maladie et le malade, et comment il sent accroître ses forces dans la lutte contre la maladie et la misère de la vie, du moment qu'il a reconnu la valeur de la suggestion et a appris à la manier.

Permettez-moi de faire quelques emprunts à cette expérience et de vous dire comment, simple médecin praticien, je fus conduit à me vouer à la psychothérapie et à me spécialiser comme neurologiste et psychiatre.

Afin de mieux me faire comprendre, je me vois contraint de mêler à mon exposé un abrégé de l'histoire de ma vie, pour l'intrusion duquel je vous demande pardon.

Mon père était médecin dans une petite ville, chef-lieu d'une île très fertile, peuplée de laboureurs et comptant une trentaine de villages dont les habitants visitaient une fois par semaine le marché de la capitale. Sa pratique embrassait toute l'ile, et dès ma première jeunesse, j'eus l'avantage de pouvoir l'accompagner dans ses tournées quotidiennes.

Il jouissait d'une très grande autorité et était très aimé de ses concitoyens, grâce à ses talents peu communs, à sa grande bonhomie et au tact qu'il savait déployer dans son commerce avec le malade. Il n'est donc pas étonnant que son exemple m'anima et me poussa au désir de devenir médecin. Mon amour pour la profession médicale marcha de pair avec le désir de voyager, de voir le monde.

Aussi mon père combla-t-il mes vœux quand il me fit inscrire comme étudiant à l'Ecole militaire de médecine d'Utrecht, après que j'eus fini mes études humanitaires.

Admis comme élève le 1er septembre 1862, je quittai l'école le 15 août 1866, muni de mon brevet de médecin militaire dans la marine royale néerlandaise.

L'enseignement à l'Ecole militaire de médecine visait surtout à former des médecins *pratiques*. Dès sa première année, l'étudiant était admis dans les services de l'hôpital et faisait fonction d'apprenti-garde prêtant de menus services dans les soins rendus aux malades. La tâche qui lui incombait gagnait en importance chaque année et exigeait de lui une adresse toujours plus grande, faisait appel à son intelligence d'une façon graduellement croissante et finissait, dans le cours de la dernière année, à l'élever à la fonction d'aide-médecin. Dans cette fonction, le traitement complet du malade lui était confié, avec la faculté de prescrire les médicaments et de pratiquer les opérations chirurgicales simples, sous la direction du médecin du service.

Ainsi l'étudiant passait au moins deux heures par jour dans les services pendant tout son séjour à l'Ecole. L'enseignement comprenait les sciences naturelles, l'anatomie, la physiologie, l'histologie, l'anatomie pathologique, la médecine légale, l'hygiène, la matière médicale, la médecine et la chirurgie théorique et clinique. L'art des accouchements n'était pas enseigné. Cependant on connivait à permettre à l'étudiant de suivre un cours libre d'obstétrique donné par un accoucheur.

On obtenait le grade de médecin militaire environ à l'âge de 21 ans et on avait le choix de prendre service soit dans l'armée hollandaise, soit dans la marine royale ou bien dans l'armée des Indes orientales ou occidentales.

Si les jeunes médecins sortis de l'Ecole ne pouvaient guère prétendre d'être grands clercs, ils avaient reçu une instruction théorique suffisante, et la plupart d'eux prouvaient plus tard qu'ils étaient bons praticiens.

L'armée et la flotte constituaient, du reste, des écoles d'application excellentes.

Après cinq années de service, on était soumis à un nouvel examen, avant d'être promu à un grade plus élevé ; après dix ans, un dernier examen précédait la nomination au grade de médecin de 1re classe, assimilé au rang de capitaine et ouvrant le chemin aux grades supérieurs.

J'ai servi mon pays, en qualité de médecin de la marine, pendant onze ans, dont j'ai passé neuf années dans nos possessions des Indes orientales : Java, Sumatra, Bornéo et Célèbes, où je pris part à quelques opérations militaires.

Après un premier séjour de cinq années aux Indes, j'ai passé quelques mois à l'Université d'Utrecht pour prendre mon grade de docteur en médecine ; après un second séjour de quatre ans dans les pays tropiques, je pris mon titre de médecin de 1re classe et passai mon examen devant la commission de l'Etat, octroyant le brevet d' « arts », seul titre qui, en Hollande, permet au médecin d'exercer la médecine dans ses trois branches.

Après quoi je quittai le service, me mariai et m'établis médecin de village. Je restai cinq ans durant médecin-praticien de village, puis changeai cette résidence pour la petite ville où j'étais né et où je recueillis la pratique de mon père, qui se retira. En 1887, enfin, je dis adieu à mon lieu de naissance et à la pratique générale ordinaire, pour ouvrir à Amsterdam une clinique de psychothérapie et débuter comme spécialiste.

Partout où j'exerçai la médecine, soit à bord du vaisseau ou comme médecin d'hôpital, tant dans nos colonies que dans ma patrie, dans le plat pays tout autant que dans ma petit eville, partout je me trouvai heureux et content de ma position, j'aimai ma profession et sus m'adapter aux hommes et aux circonstances.

Pendant cette première moitié de ma carrière de médecin, j'acquis une grande expérience et appris à connaître le cœur humain. Or ces qualités m'ont été d'un précieux service dès mon début dans la carrière de médecin spécialiste.

Je reçus d'excellentes leçons dans l'art du gouvernement et de la confiance en soi-même, dès le commencement de ma carrière. Je faisais mon premier voyage à bord d'une belle corvette voilière de 300 têtes et destinée pour Java. Nous étions deux médecins à bord. Or, peu après notre départ, mon chef tomba malade et ne fut plus en état de faire service pendant tout le reste du voyage ; ainsi je fus appelé moi seul, sortant des bancs de l'Ecole, à donner mes soins aux malades et blessés sans appui aucun. Dans ces temps-là, l'hôpital à bord des vaisseaux de guerre se trouvait dans l'avant du navire. Je me rappelle fort bien

qu'au début du voyage, mes soins étant subitement requis, je me hâtai d'arriver à l'hôpital, et que, n'ayant pas encore le pied marin, je trébuchai en me heurtant contre quelque rouleau de cordage ou autre objet, ou bien donnai de la tête contre un bau de pont par un mouvement inattendu de tangage, ou encore fus bousculé contre quelque canon par le ballottement du navire. Plus on se hâte, moins on avance! J'arrivai ainsi fourbu et contusionné, et force me fut de me reposer d'abord quelques instants ,afin de reprendre haleine, avant de pouvoir m'occuper du malade ou du blessé.

Ceci me donna à penser et me fit résoudre à tempérer mon zèle avec inattention. Je tardai, dès lors, quelques instants avant de me rendre à l'appel quand ma présence se trouva réclamée, et je ne me rendis au lieu désiré que d'un pas lent et mesuré, comme si rien ne pressait. Cela m'épargna dorénavant des contusions et me permit de bien faire ma besogne, aussitôt arrivé.

La conscience d'être seul à décider et à agir, de ne pouvoir requérir ni aide ni conseil de quelque confrère plus expérimenté ou plus compétent, me força de me fier à mes propres forces et à me tirer d'affaire tant bien que mal.

Vers la fin de ma première année de service, je reçus l'ordre d'accompagner, en qualité de chef d'ambulance, un détachement militaire dans son opération contre les indigènes révoltés du gouvernement Mandhar, sur la côte occidentale de l'île de Célèbes. Ce fut la première fois que j'allais faire connaissance avec le feu de l'ennemi. A cette occasion, je ne possédais pas encore ce calme qui distingue le militaire plus âgé et plus expérimenté. L'incident suivant en est bien la preuve :

Lorsque la colonne, marchant le long de la côte, se trouva prise entre la mer d'un côté et le village des indigènes mis en flammes, l'ennemi, soudain, ouvrit le feu, et je vis tomber autour de moi cinq blessés, dont un soldat d'infanterie de la Marine, qui avait les deux cuisses traversées par un boulet de canon. Inconsciemment, pour me défendre, j'avais sorti mon revolver, que je replaçai aussitôt dans son fourreau, du moment que les blessés réclamèrent mes soins.

De retour à bord le soir, après le combat, je m'aperçus, en me déshabillant et voulant serrer mon revolver, que le chien se trouvait toujours en deuxième arrêt, de sorte que j'avais couru le danger, tout le long de la journée, d'être gravement blessé par ma propre arme.

Pendant mon séjour dans les pays tropiques, je me mis à la disposition de mes confrères les médecins des hôpitaux militaires, et partageai leur besogne, dans les endroits où stationnait mon navire; je poursuivis mes études théoriques et profitai de l'occasion pour apprendre à bien connaître les maladies des pays chauds. Je profitai des connaissances ainsi recueillies, pour écrire plus tard un mémoire sur le beri-beri, qui m'a servi de thèse lorsque je pris mon grade de docteur.

Durant mon second séjour aux Indes, je pris part à la guerre d'Atchin dans l'île de Sumatra, dans laquelle j'eus l'occasion de renouveler connaissance avec le choléra, qui sévissait alors et décimait nos troupes.

Lorsque je m'établis médecin de village, après avoir pris ma démission comme médecin de la marine, et plus tard quand j'exerçai dans la petite

ville, je fus frappé comment le médecin civil, dans ses relations entre confrères, se comporte d'une façon différente du médecin militaire. Cela m'ouvrit un nouveau champ d'études et d'expérience. Dans le service militaire, j'avais reconnu dans mes confrères des supérieurs ou des camarades tout bonnement, dans mes patients des malades plus ou moins graves sans plus; dans la pratique civile, cependant, je dépistai d'une part l'esprit de concurrence, la jalousie de métier, l'envie entre médecins, et d'autre part, je fis connaissance avec le client qui paie dans toutes ses nuances : d'intelligence, d'éducation, de position sociale et de croyance religieuse. Le plat pays, tout comme la petite ville, me fournit une autre et riche moisson d'expérience. J'appris à me tirer d'affaire avec les moyens les plus modiques, souvent sans assistance aucune, présidant à des accouchements, pratiquant des opérations chirurgicales chez des gens peu aisés et pauvres, sous des conditions hygiéniques des plus désavantageuses. Mais j'y appris aussi à connaître l'*homme*, et réussis à découvrir, même dans les bas-fonds de la société, à côté d'un grand nombre d'égoïstes, de gens grossiers et indifférents, des esprits d'élite et de nobles caractères.

Comme je savais respecter l'opinion d'autrui en matière de religion comme en toute autre, le commerce avec les gens de religions différentes ne me coûtait pas la moindre peine, et je me trouvais le bienvenu chez le curé, tout comme chez le pasteur protestant libéral et chez son confrère orthodoxe. Les uns autant que les autres réclamaient mes soins s'il y avait lieu.

Durant mon séjour dans la petite ville, j'occupais mes heures de loisir à faire des expériences de pharmacodynamie et à écrire un livre de matière médicale. Mes études embrassaient la thérapie des alcaloïdes. J'y fus mené par l'intérêt que je portais à la dosimétrie, corps de doctrines mis en avant par feu le docteur Ad. Burggraeve, professeur à l'Université de Gand. Les maximes fondamentales de cette doctrine enseignaient :

1° Que toute maladie aiguë à son début est constituée par un trouble fonctionnel qui doit être jugulé pour prévenir qu'elle ne passe à l'état organique;

2° Que chaque symptôme, tel le spasme, la douleur, la fièvre, etc., doit être combattu par son remède spécial;

3° Que chaque médicament doit être administré sous la forme la plus simple et la plus active; au lieu de l'écorce de quinquina, on aurait recours à la quinine; au lieu des feuilles de digitale, on prescrirait la digitaline, au lieu de la racine et des feuilles de l'aconit, on se servirait de l'aconitine; la morphine remplacerait le suc du pavot, etc., et comme la sensibilité du remède diffère énormément d'un individu à un autre, et que par conséquent il n'y a pas de dose médicale ou toxique proprement dite, il faut chercher la dose nécessaire au malade dans chaque cas donné. On fait cela en présentant le remède sous une forme absolument soluble et à une dose excessivement légère, dose qu'on répète à courts intervalles jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet désiré : abaissement de la température, relâchement de la contracture spasmodique, abaissement de la douleur.

Je devins un adepte de la dosimétrie, dans un temps de ma vie où la confiance dans l'art de la médecine m'avait abandonné, abattu comme j'étais par la perte subite d'un enfant bien-aimé et par une maladie grave qui tenait ma femme alitée durant de longs mois.

L'étude des principes actifs des plantes, les expérimentations que je faisais avec les alcaloïdes sur moi-même et l'application que j'en faisais après sur mes malades, aidaient puissamment à me rendre la confiance qui un moment avait vacillé.

Je prescrivis mes alcaloïdes selon les préceptes du maître, et il paraît que je le fis avec une conviction telle, que la nouvelle méthode enthousiasma mes malades; aussi les beaux succès, et j'en comptais pas mal, durent plutôt être attribués à la confiance que les patients accordaient au médecin qu'à la vertu des médicaments prescrits.

Cette conviction s'accrut et changea en certitude lorsque, après quatre ans de travail patient, j'eus publié mon livre et que je me fus mis à étudier l'hypnotisme. Je fus porté à cette nouvelle étude par la lecture du livre de M. Beaunis : *Le Somnambulisme provoqué.*

Ce livre me fut une vraie révélation. Il m'ouvrit les yeux et me découvrit le pouvoir merveilleux de la suggestion.

Je commençai à comprendre, à cette heure seulement, comment, dans mon amour pour ma profession, dans ma conviction d'avoir trouvé en la dosimétrie une nouvelle voie de l'art de guérir, dans mon ardeur à soulager mes patients, j'avais agi sur le moral de mes malades; comment j'avais inconsciemment largement usé de la suggestion.

J'étudiai avec un intérêt croissant les œuvres de Liébeault, Bernheim et Liégeois, lus les écrits de Braid, Hack Tuke, Mesmer et des adeptes de l'école fluidiste, les travaux de Charcot et de ses disciples.

Par ci par là, en cachette, je hasardai quelques essais d'hypnotisation sur quelque malade. Cependant l'intérêt que je portai à l'hypnotisme devint si grand, que je résolus à me rendre à Nancy pour apprendre à connaître Liébeault.

Dans mon livre : « Liébeault et son Ecole », paru dans la *Zeitschrift für Hypnotismus, redigirt von Dr. Oscar Vogt* (années 1895-1897), je donnai, entre autres, une description de la clinique et la biographie du fondateur de la psychothérapie systématique moderne.

Après un séjour de quelques semaines à Nancy, où j'eus l'avantage de voir journellement Liébeault et les travailleurs de la première heure, Bernheim, Beaunis et Liégeois, que je suivis et admirai dans leurs travaux, je retournai dans ma petite ville comme un homme riche.

La conscience m'était venue que le malade est vulnérable du côté psychique autant que du côté physique, mais encore que la maladie peut être attaquée et menée à guérison en opérant sur les deux côtés. Si auparavant je n'avais consciemment examiné et traité que le côté physique, alors que le côté psychique n'était influencé par moi qu'inconsciemment, mon pouvoir, à cette heure, s'était largement accru. L'expérimentation répétée sur des sujets hypnotisés, m'avait prouvé qu'en opérant par suggestion d'une manière directe sur l'organe psychique, des troubles morbides se trouvèrent guéris qui avaient résisté au traitement par les moyens physiques, et d'autre part, que bon nombre

de guérisons, opérées au moyen de remèdes physiques et chimiques, doivent être attribuées moins à la vertu guérissante réelle de ces moyens qu'à la confiance que le malade prête à ces médicaments, c'est-à-dire à la suggestion indirecte.

Si, avant mon voyage à Nancy, je ne m'étais servi de la suggestion thérapeutique que d'une manière subreptice, après mon retour rien ne m'arrêta plus à le faire ouvertement. J'ouvris largement mes portes à qui voulut se faire traiter par le sommeil. La curiosité du public, comme toujours, fut attirée par cette innovation ; aussi les malades affluèrent-ils de tous côtés. Bientôt ma salle d'attente et mon cabinet de travail ne suffirent plus à contenir le nombre croissant de malades, et ma maison se trouva comme assiégée et prise de force du matin 11 heures jusqu'à 4 heures de l'après-midi.

A l'instar de Liébeault, de qui je copiai fidèlement l'installation et la technique, je traitai mes malades en présence des autres patients et de leurs amis. Cette manière d'agir crée une atmosphère très propice au sommeil provoqué, et jamais je n'ai eu autant de facilité à produire le sommeil chez mes malades que pendant ces premiers mois de ma carrière d'hypnotiseur.

Tout comme mon maître, j'appliquai la suggestion sur chacun qui se présentait, n'importe de quelle maladie il souffrait, et les succès que j'obtins dans bon nombre de cas des plus hétérogènes, furent à vrai dire étonnants.

Le docteur Van Eeden, qui ne connaissait jusqu'alors l'hypnotisme que du côté théorique, vint me voir, et fut tellement frappé des guérisons qu'il me vit opérer, que, de son côté, il commença à essayer la suggestion dans sa pratique. Le succès ne se fit pas attendre et le porta à me proposer d'ouvrir ensemble une clinique de psychothérapie à Amsterdam.

Nous étions ainsi, avec le docteur Arie de Jong, les premiers médecins qui introduisirent la suggestion hypnotique en Hollande comme méthode thérapeutique spéciale.

Du 15 août 1887 au 1er juin 1893, nous dirigeâmes ensemble notre clinique. A cette dernière date, le docteur Van Eeden se retira de la pratique, et je continuai le service à moi seul. Nous étions l'un et l'autre de simples médecins praticiens qui d'abord nous servîmes de la médication nouvelle d'une manière discrète et prudente, mais qui ne tardèrent pas à étendre son application, de sorte que bientôt la suggestion hypnotique prit la place prépondérante dans notre traitement.

D'abord, en notre qualité de médecin de la famille et forts de notre connaissance de la vie intime de nos malades, de courtes séances de suggestion nous suffisaient et servaient de complément au traitement général de nos malades. Cependant, du moment où nous débutâmes dans la capitale comme médecins spécialistes, nos relations avec nos malades devinrent toutes autres.

Les malades qui vinrent ici réclamer nos soins, nous étaient parfaitement étrangers ; la plupart d'entre eux vinrent nous voir à l'insu de leur médecin, d'aucuns par curiosité ou attirés par l'air de mysticisme entourant la guérison par le sommeil. Alors que dans les premiers temps nous nous servîmes de la suggestion hypnotique dans presque chaque cas qui

se présentait, nous fûmes bientôt conduits à écarter bon nombre d'états morbides de notre traitement et de nous astreindre à ne traiter que les névroses, les psychoses légères, les obsessions, les aberrations sexuelles, les penchants morbides, les défauts de caractère, certaines formes d'anémie, le morphinisme, la dypsomanie, les habitudes alcooliques, les formes légères de melliturie, les anomalies de la menstruation (pour autant qu'elles ne relevaient d'une lésion organique) et à l'application de la suggestion comme moyen de pratiquer les opérations chirurgicales et les accouchements sans douleur, enfin comme moyen de provoquer et d'entretenir le sommeil.

La médecine suggestive proprement dite qui d'abord nous avait servi d'unique moyen, ne pouvait continuer à nous suffire devant le nombre toujours plus grand de névropathes qui réclamèrent notre ministère, et nous nous rendîmes bientôt compte qu'au lieu de nous restreindre à la suggestion hypnotique seule, nous aurions à nous servir dorénavant aussi bien des autres modes de la psychothérapie tels que la médecine éducative, les exercices méthodiques, l'isolement, le sommeil prolongé. Le traitement ambulatoire fit place, dans beaucoup de cas, au traitement clinique, et au lieu de donner comme règle la suggestion aux malades en présence d'autres malades dans une salle commune, ce mode ne fut continué qu'exceptionnellement. Dès lors nous traitâmes le malade seul et n'admettâmes à la séance qu'un seul ami ou membre de la famille. Cette modification dans le traitement augmenta nos succès.

Je me permettrai, après cette digression, de vous rapporter les résultants que j'ai obtenus par la suggestion dans ma pratique courante durant l'été de 1887, période précédente à mon début de médecin spécialiste à Amsterdam.

Sous l'impression vivante des guérisons frappantes que j'avais vu réaliser dans la clinique du docteur Liébeault, où je vis disparaître, comme par enchantement, non seulement des troubles simplement nerveux, mais des états morbides comme la chlorose, l'ictère, le rhumatisme, la diarrhée, les troubles menstruels, on conçoit que mon esprit était tendu à appliquer le nouveau traitement dans la plus large mesure possible sur mes malades. Je n'écartai plus du traitement psychique que quelques rares cas, et ce ne fut qu'exceptionnellement si j'eus encore recours de temps à autre à quelque médicament chimique ou à un moyen physique.

Dans les cas que je traitai autrefois par les sédatifs ou narcotiques chimiques, je me servis dorénavant de la suggestion.

Ainsi je me rappelle que, mandé chez une vieille femme affectée de calculs rénaux et que souvent j'avais soulagée de ses coliques grâce à des piqûres de morphine, je réussis à endormir la patiente par suggestion verbale et à la délivrer d'un spasme vésical intense. Lorsque je l'éveillai, après un quart d'heure de sommeil profond, elle lâchait avec aise ses urines et ne ressentait plus aucune douleur.

Pendant que je m'occupais à hypnotiser la femme, son mari, un journalier, se trouvait au lit, malade lui aussi ; je m'étais cru seul avec la femme, alors que l'homme avait suivi avec intérêt tous mes faits et gestes. Lorsqu'il avait vu l'effet miraculeux se produire, il n'y tenait

plus et accusait sa présence en toussant légèrement. Je me rendis aussitôt vers lui et lui expliquai ce que je venais de faire. Le bonhomme était ébahi et me pria instamment de le débarrasser lui aussi, s'il était possible, de ses douleurs. Je procédai aussitôt à l'examen du malade et constatai une sciatique rhumatismale affectant l'extrémité gauche. Aussitôt je rassurai le patient et lui certifiai que je pouvais lui enlever ses douleurs tout aussi bien que je l'avais fait à sa femme, s'il voulait avoir confiance à moi. Le bonhomme se soumit aussitôt à mes manipulations et ne tarda pas à s'assoupir. Il se trouvait au lit, déshabillé. Lorsque, après quelques minutes, le malade interrogé m'assura être complètement délivré de ses douleurs et pouvoir remuer librement la jambe malade, je fis se lever et s'habiller le dormeur, puis, lui tenant la main, je le fis marcher dans la chambre. La douleur, en effet, avait disparu. Alors j'installai le patient dans un fauteuil près de l'âtre, et l'éveilla un moment après. Il avait parfaitement dormi, mais tout de même se rappela tout ce qui s'était passé. Il avait, disait-il ,senti disparaître la douleur, alors que je lui faisais des passes le long de la jambe, et n'avait pas pu résister à mes suggestions de se lever, de s'habiller, de marcher. J'ai continué son traitement pendant les trois semaines suivantes. Au début, la douleur névralgique, enlevée par la suggestion, se fit sentir de nouveau quelque temps après la séance, donnée chaque jour au malade; cependant, peu à peu, les intervalles libres devinrent plus grands. Pour les témoins de la séance, la vue de ce vieillard qui, pour arriver chez moi, devait se hisser le long d'un escalier de vingt degrés, qui avant le traitement marchait avec peine et souffrait à chaque pas qu'il faisait, puis se sentait parfaitement débarrassé de ses douleurs et repartait alerte, après un traitement de quelques minutes seulement, pour les témoins, dis-je, cette scène faisait toujours un effet surprenant, miraculeux.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une jeune fille hystérique que j'avais soignée quelques mois auparavant pour une rétention d'urines très rebelle qui n'avait cédé qu'après force cathétérisations répétées pendant quelques semaines. De nouveau mandé près d'elle pour une récidive de son mal, je sus la persuader d'essayer de ma nouvelle méthode de guérir, et en effet, chez elle aussi, la suggestion à l'état de sommeil profond sut vaincre en peu de temps cette indisposition.

Dans les cas de lumbago et de torticollis, ce ne fut pour ainsi dire qu'un jeu, qu'un tour de main, que de soulager le malade sensible à l'hypnotisation, lui enlever la douleur et lui rendre la liberté de ses mouvements.

La disparition soudaine de la douleur, la restauration complète et immédiate de la motilité chez des personnes suggestibles affectées de ces maladies que je soumettais à mes manipulations, faisait toujours une impression profonde tant sur le malade et sur les témoins que sur moi-même.

Dans la majorité des cas, il est vrai, les douleurs tardaient peu à reparaître. Cependant, revenant à la charge, je réussissais le plus souvent à guérir ces malades dans quelques séances, répétées à bref délai.

Une dame très âgée, femme d'un pasteur protestant, sujette à des accès d'asthme nerveux et chez qui j'avais souvent dû me servir de

piqûres de morphine et d'atropine pour couper court à ses crises, fut soulagée, à mon grand étonnement, en quelques minutes seulement d'une autre crise par mes suggestions à l'état de sommeil provoqué.

Je fus très saisi d'une autre guérison, notamment d'un cas de fièvre intermittente quarte, rebelle au traitement par la quinine et les arsénicaux. Il faut admettre que la maladie, comme telle, avait cédé devant le spécifique, alors que le syndrome caractéristique de l'accès de fièvre continait à se répéter *ad infinitum* dans ses intervalles accoutumés chez ce malade hystérique. Le fait est notoire que chez beaucoup de névropathes, certains symptômes persévèrent pendant un certain temps nonobstant que la cause première ait depuis longtemps cessé d'agir.

Un ulcère atonique de la jambe, dont la guérison continuait à résister à mes soins chirurgicaux (bandage agglutinatif de Baynton), se ferma après quelques jours d'un traitement mixte, c'est-à-dire après que j'eus mariée la suggestion au traitement chirurgical.

On conçoit aisément que la rumeur publique multiplia à sa fantaisie et colora de ses plus belles couleurs mes guérisons obtenues par le sommeil.

Ainsi une femme d'une quarantaine d'années, néphritique chronique, vint à ma concultation. Elle pouvait à peine marcher tellement elle avait les jambes gonflées par l'anasarque et par suite d'une ascite énorme.

Quoique je fisse de mon mieux pour lui signifier qu'elle n'avait guère à attendre du bien d'un traitement par la suggestion, son opinion était faite. Rien n'y fit. Elle me conjura d'appliquer la nouvelle méthode sur elle, ayant pleine confiance que cela la guérirait. Que faire ? Je résolus de contenter la pauvre femme et la priai d'attendre son tour. Après une attente d'une heure et demie, son tour étant venu, elle s'installa dans le fauteuil et s'endormit d'emblée, avant que je n'eusse même eu le temps de faire la moindre tentative pour l'endormir. Je n'exagère pas quand j'affirme que mes suggestions firent quand même tant de bien à cette malheureuse femme, qu'elle et toute sa famille commencèrent à croire à une guérison prochaine.

Je réussis à stimuler la sécrétion urinaire, à régler les déjections alvines, à enlever l'oppression dans la région cardiaque, à rendre à la malade le sommeil de la nuit, l'appétit, les forces, ce qui revient à dire que je sus supprimer les phénomènes morbides ou du moins les réduire à un minimum d'intensité, tout en n'étant pas à même de guérir l'organe malade.

Les éléments pathologiques, l'albumine, les cylindres, continuèrent à se présenter dans les urines. Mon départ pour Amsterdam, à quelque temps de là, fut pour cette femme égal à un arrêt de mort. Avec moi, tout espoir de guérison l'abandonna, elle perdit tout courage, et une huitaine de jours après mon départ, on m'annonça son décès.

Dans un cas de cancer de l'estomac datant déjà de deux ans, je réussis à donner tant de soulagement à la malade, une pauvre veuve âgée de 49 ans, pendant les six semaines qui précédaient sa mort, qu'elle aussi crut à sa guérison prochaine. Anémique, d'une faiblesse extrême à force de crachements de sang répétés, incapable de faire le moindre travail, sans famille et entretenue par la paroisse, elle vint réclamer mes soins.

Elle aussi se présenta pour la première fois à ma consultation. Chez elle encore, je réussis d'emblée à provoquer le sommeil profond et à enlever momentanément les douleurs. Elle ne retenait plus aucun aliment, ne dormait pas, souffrait de douleurs atroces, bref son état était désespéré. Je donnai à cette femme deux ou trois séances chaque jour, dont une, si elle était en état de venir, dans ma maison. Grâce à ce traitement, il lui devint possible de retenir et de digérer chaque jour une couple d'œufs, quelques biscuits et un demi-litre de lait. Elle souffrait moins, dormait quatre à cinq heures par nuit et ne vomissait plus. Cependant les forces diminuèrent, et à la fin de la sixième semaine, la mort mit un terme à ses souffrances. Le jour de son décès, j'avais encore fait une visite à la pauvresse le matin à 8 heures. Je la trouvai au lit souffrante de l'estomac. Je l'endormis. Après un sommeil de dix minutes, la douleur ayant disparu, elle put quitter le lit et manger un œuf et une biscotte. Lorsque je la quittai, elle promit de venir me voir dans la journée. Cependant, deux heures après, elle succomba. On est forcé de reconnaître la puissance thérapeutique peu commune exercée par la suggestion dans ce cas, bien qu'évidemment son action n'ait pas dépassé les limites d'un palliatif énergique. On ne peut pas sans doute atteindre plus avec quelqu'autre médicament, quel qu'il soit. Je ne me rappelle pas avoir ressenti, dans quelqu'autre occasion, tant de satisfaction de mes efforts à soulager les misères d'une malade que dans ce cas-ci.

Chez un horloger, homme de 30 ans, malade de trichinose, qui depuis quelques jours se trouvait tellement tourmenté par des douleurs agaçantes dans les muscles que son état devint alarmant, qui ne pouvait se tenir sur place, se démenait comme un fou et ne dormait pas depuis quelques jours, et chez qui ni la morphine ni le chloral ne réussissaient à produire le sommeil, je parvins, par mes manipulations, à provoquer une hypnose profonde. Il eut un sommeil de quatre heures de durée après une première séance. J'ai répété ce manège chaque soir pendant les jours suivants jusqu'à ce que la période aiguë des douleurs rhumatismales fut passée et que le malade réussit à dormir de son propre compte. Il était très intéressant de voir comment le retour du sommeil influença heureusement les autres symptômes et amenda l'état général. L'horloger, qui pendant plusieurs jours avait été incapable de faire son travail, reprit, après la troisième séance, le chemin de son atelier.

Une autre fois, on réclama mes soins dans un cas d'ostéomyélite mal soigné.

Un fils de cultivateur, âgé de 10 ans, se trouvait alité depuis six mois. Je trouvai le petit malade dans un état d'amaigrissement extrême, miné par la fièvre, couché sur le dos avec la jambe gauche ankylosée, pliée dans le genou, élevée et soutenue par des coussins. La jambe, hypertrophiée dans sa partie supérieure, montrait le tissu cutané tuméfié et criblé d'orifices fistuleux d'où s'écoulait une humeur purulente. Le petit malade, faible à l'excès, très irritable et de sensibilité extrême, dormait peu et se nourrissait peu ou pas. Après mon examen, j'avertis les parents que seule une opération chirurgicale pourrait sauver leur fils et que la psychothérapie, dans ces cas, ne pourrait servir que d'auxiliaire. Cependant ceux-ci insistèrent pour que je donnasse mes soins à leur fils et tels qu'ils me sembleraient indiqués.

Je réussis facilement à gagner la confiance du petit malade, à provoquer le sommeil hypnotique, et, grâce à des suggestions appropriées, à mettre la guérison dans la bonne voie. Ainsi je sus ranimer le courage, attiser l'appétit, calmer la douleur, rendre le sommeil de la nuit, redresser la jambe dans sa position normale par l'extension forcée graduelle à la faveur de l'anesthésie suggestive. Le malade s'intéressait beaucoup des progrès de sa guérison et vint à me prier de retarder le moins que possible l'opération projetée. Ainsi le quatorzième jour du traitement, je pratiquai la nécrotomie. Comme je tins à rassurer complètement le garçon quant à l'anesthésie durant l'opération que je pratiquai à la faveur du sommeil provoqué, je lui fis inhaler concurremment quelques gouttes seulement de chloroforme. Tout marcha à souhait. Quinze jours après, le petit bonhomme, sa plaie presqu'entièrement cicatrisée, se rendit à cheval à ma maison, située à cinq kilomètres de chez lui.

Dans un cas de contusion grave de l'épaule, très douloureuse, avec tuméfaction des parties molles et de sugillations très étendues, je réussis à plonger le malade, en quelques minutes, dans un sommeil très profond avec anesthésie complète, circonstance qui permit de m'assurer que ni fracture des os, ni luxation ne compliquait l'état du malade. Après cette première séance, la mobilité du membre, restaurée durant le sommeil hypnotique, continua à persister pendant quelques heures et permit au malade de se servir de son bras malade. Dans le cours de la semaine suivant l'accident, je répétai trois fois le traitement suggestif, et j'eus la satisfaction de voir mon malade parfaitement guéri dans ce court laps de temps. La douleur, la tuméfaction, tout symptôme de l'accident grave avaient disparu, et il n'en resta rien sauf la coloration de la peau, signe indéniable de la lésion.

Voici un dernier cas qui fait ressortir comment le chirurgien peut tirer profit, au besoin, de l'anesthésie suggestive :

Un ouvrier maçon, âgé de 38 ans, se démit l'épaule droite vers le milieu du mois d'avril 1887. Je réussis, non sans peine, à réduire la luxation, opération qui fut fort douloureuse, après quoi j'appliquai un bandage plâtré pour maintenir les parties dans un repos absolu ,et priai le malade de venir me voir à une quinzaine de là.

Cependant mon homme ne se présenta qu'un mois après l'accident. Le bandage enlevé, je pus constater que les parties se trouvaient à leurs places naturelles, que toute trace de l'accident s'était effacée. Aussi j'engageai le patient à faire quelques mouvements avec le bras malade. Il s'efforça de m'obéir, mais un essai prudent lui procura de si fortes douleurs, qu'il s'abstint aussitôt. Des mouvements passifs que j'imprimai au bras furent tout aussi douloureux, et je n'aboutis pas à faire vaincre au malade sa pusillanimité. Il allait se retirer, quand je lui proposai de l'endormir et de lui enlever les douleurs pendant le sommeil. J'hypnotisai d'abord deux malades devant lui, puis, frappé de ce spectacle, notre maçon se déclara disposé à être endormi. J'obtins un sommeil suffisamment profond, dont je profitai pour accommoder le malade aux manipulations nécessaires à la restauration de la motilité. A cette première séance, je me contentai de dégager les articulations des doigts et de la main.

Dans la soirée du même jour, je donnai une deuxième séance. Je répétai ces séances dix jours de suite, et au bout de ce temps, grâce à un exercice lentement progressif, tous les mouvements s'exécutaient sans douleur aucune.

Il appert des cas cités que la suggestion, appuyée des médications usuelles, est en état de rendre de signalés services dans la pratique courante, à tout médecin qui sait la manier.

Dans les trois mois d'été de l'année 1887, précédant mon départ pour Amsterdam, j'hypnotisai 178 personnes, dont 7 n'éprouvèrent aucune influence, alors que 43 vinrent en somnolence, 108 en sommeil profond et 20 en somnanbulisme. Il faut avouer que, pour un débutant, je n'avais guère à me plaindre de ce résultat.

Comme je l'ai déjà dit ailleurs, le traitement psychique, tel que je le pratiquai au début de ma carrière de psychothérapeute, subit, dans le cours des années, de notables changements.

Si d'abord je m'appliquai surtout à plonger mes malades dans un sommeil aussi profond que possible, je m'aperçus bientôt que le succès thérapeutique ne se réglait nullement sur le degré de sommeil plus ou moins profond. Au contraire, j'eus souvent de beaux succès chez des personnes réfractaires au sommeil ou ne réalisant qu'un état de somnolence, alors que des dormeurs profonds se montraient réfractaires à la suggestion thérapeutique. En outre, les malades qui vinrent réclamer mes soins dès mon établissement dans la grande ville, présentaient des troubles nerveux tels que l'hystérie, la névrasthénie, la psychasténie, les névroses, les psychoses légères, les obsessions, chez qui la suggestion seule ne pouvait suffire à amener la guérison, mais demandait l'appui de la médecine morale, éducative et cathartique.

Ces modes différents de la psychothérapie ont leurs indications spéciales et se complètent l'un l'autre. Permettez-moi de vous les décrire succinctement :

I. *La médecine morale* revient à montrer de la sympathie au malade, à relever son courage ébranlé, à faire renaître en lui la confiance, l'espérance de la guérison, à éloigner de son âme les angoisses qui le minent, à le soulager, le consoler, même quand la guérison ne peut être obtenue ; s'il y a lieu, de le récompenser ou de l'exhorter et de le remettre sur la bonne voie. Tout médecin qui, en dehors de sa science, dispose d'un bon cœur et du tact nécessaires, la pratique.

II. *La médecine éducative* s'adresse à l'intelligence du malade et tend à modifier sa mentalité en lui donnant une idée, aussi exacte que possible, de son état, lui expliquant sa maladie, lui démontrant, avec preuves à l'appui, que les troubles morbides qui se présentent chez lui, sont causés : par des représentations fallacieuses ; par la persistance ou la reproduction d'automatismes morbides ; par des mauvaises habitudes invétérées ; par l'inaptitude fonctionnelle de certains muscles ou groupes de muscles, par défaut d'exercice, par le manque de confiance dans ses propres forces, etc.

Ses armes sont le raisonnement, l'éducation, l'exercice, l'endurcissement. Il exige de la part du malade une somme suffisante d'intelligence

et la faculté de concentrer son attention sur les paroles du médecin, afin de pouvoir suivre le raisonnement et en comprendre les déductions; de la part du médecin, de l'habileté à se mettre au niveau intellectuel du malade ,à lui présenter les arguments nécessaires sous une forme compréhensive et de la persévérance pour en trouver toujours d'autres.

III. *La médecine suggestive* s'adresse à l'imagination et s'exprime par la suggestion, c'est-à-dire par la mise en activité d'une propriété normale de tout cerveau humain, notamment de la suggestibilité. Elle attaque directement le symptôme. Elle met, par la *suggestion directe* (affirmation, raisonnement, persuasion) ou par la *suggestion indirecte, masquée* (éveil d'une émotion, administration de quelque médicament chimique indifférent ou application d'une thérapie physique ou mécanique), l'image psychique de la guérison dans l'esprit du malade et s'applique ainsi à dissiper les troubles fonctionnels existants. En brisant un chaînon, elle sait détruire la concaténation morbide et rompre le cercle vicieux dans lequel se trouve le malade.

Elle peut être appliquée à l'état de veille et pendant le sommeil. Ce sommeil peut être le sommeil normal, le sommeil provoqué par suggestion ou par des moyens narcotiques (chloroforme, chloréthyl, etc.) ou le sommeil pathologique, ainsi dans les états hypnoïdes des hystériques, le subdelirium des fiévreux, etc.

Elle nous permet de provoquer par suggestion un sommeil qui peut être prolongé au besoin aussi longtemps qu'on le désire, et passer à loisir à l'état de sommeil normal. Enfin elle nous permet de produire l'anesthésie chirurgicale, qui met en état de subir des opérations graves et des accouchements sans douleur.

IV. *La médecine psycho-analytique ou cathartique*, découverte par Breuer et appliquée par lui à l'état d'hypnose, puis perfectionnée par Freud et appliquée surtout à l'état (soi-disant) de veille, qui cependant n'est, en effet, qu'un véritable état passif analogue au sommeil.

Les sujets en état d'hypnose, c'est-à-dire de suggestibilité exaltée ou de concentration psychique (le soi-disant état de veille), sont souvent capables de se rappeler à la mémoire des choses dont ils ne se souvenaient plus. On peut profiter de cet état pour tâcher de découvrir la cause latente de la maladie, principalement chez les hystériques (psycho-analyse).

En scrutant, on peut parvenir ainsi à découvrir quelque fait ancien, relégué depuis des années souvent dans la sous-conscience du malade, constituant un traumatisme psychique qui est resté enclavé dans la conscience subliminale, dont le malade n'a pas été délivré dans le temps et qui, continuant à irriter, en guise de corps étranger, l'organe psychique, occasionne les symptômes hystériques et donne lieu à des explosions morbides.

Si l'on réussit à reporter le fait causal dans toute sa clarté à la conscience ordinaire du malade, et à éveiller avec lui l'émotion concomitante recluse tout ce temps (catharsis), les symptômes morbides disparaissent alors et pour toujours, du moment qu'on aura suggéré l'oubli du fait.

Le traitement, tel qu'il est institué dans ma clinique pendant les dernières années, a été résumé ainsi dans mon rapport émis au Congrès international de Neurologie et de Psychiatrie, tenu à Amsterdam, du 2 au 7 septembre 1907 :

Le malade nouvel arrivé est soumis à un examen rigoureux et est admis au traitement seulement alors que son état justifie l'espoir d'une grande amélioration ou de la guérison. Durant l'examen, je m'applique à le mettre à son aise, à gagner sa confiance, à me faire une idée juste de l'état de ses organes.

Le diagnostic de la maladie posé, j'étudie le moral du malade et le milieu dans lequel il vit. Le malade nerveux est très sensible à quelque prévenance de la part du médecin, il a de fines antennes qui lui font d'emblée reconnaître l'ami sûr qui veut et peut le guérir et le démêler de l'homme de science et de strict devoir, sans plus.

Si les troubles nerveux sont concomitants d'une affection organique ou causés par elle, et que le malade est conscient de l'existence de la lésion, je ne tâche pas de lui faire croire que celle-ci n'existe pas, mais je lui apprends que la psychothérapie peut guérir les troubles fonctionnels seulement et que la lésion organique réclame un traitement spécial. La maladie est-elle incurable, je fais ce que je puis pour soulager le patient et je m'applique à lui prêcher du stoïcisme, à lui apprendre à porter son sort avec résignation.

L'examen moral demande beaucoup de tact. Le malade hésite rarement à vous dire qu'il a eu une frayeur, de graves chagrins de famille, des revers de fortune, des pertes d'argent ou d'une position sociale, mais il ne vous avouera pas si facilement ses faiblesses, certains vices : excès de boissons, aberrations sexuelles, délits quelconques ; il montrera souvent des scrupules à vous dévoiler ses phobies, ses obsessions. En est-il venu à se confesser durant ou après l'examen, il se trouve en bon chemin pour vous accorder toute sa confiance.

L'étude du malade, pour être complète, doit embrasser celle de son entourage. J'aime à écouter ce que la famille ou les amis du malade ont observé, concernant ses faits et gestes, pour comparer leurs impressions avec celles que j'ai reçues moi-même de lui.

Le jugement, que je porte à la fin de mon examen, est donné avec grande circonspection pour que jamais il ne puisse faire tort au malade, ni lui enlever l'espoir de la guérison. Si je juge la maladie guérissable, mais qu'elle demandera beaucoup de temps pour être menée à bien, j'insiste surtout sur le pronostic favorable et explique au malade qu'il dépendra pour une grande part de lui-même de hâter la guérison, et que, à cet effet, je lui conseille de suivre à la lettre tous mes préceptes. Si je prévois que des périodes alternantes d'amélioration et d'aggravation, des modifications imprévues par lui, peuvent se produire, je l'en avertis au début du traitement pour prévenir ses défaillances, le découragement de sa part, si un contre-temps se présentait. Je m'applique ainsi à cultiver chez lui un certain optimisme et à augmenter son énergie et sa force de résistance.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Instabilité mentale et inadaptation au régime scolaire

par le Dr Ley

Présentation du malade à la Société belge de Neurologie

L'enfant que je vous présente et dont je vais vous relater l'observation, est un cas typique d'inadaptation au régime scolaire; aucun résultat n'a été obtenu chez lui, malgré son passage dans diverses classes ordinaires et dans des classes spéciales, réservées aux enfants irréguliers.

Eugène F... est né d'un père névropathe, buveur modéré, de caractère très difficile et emporté. La mère est bien portante, travaille à la couture; il a un frère bien portant, il est le deuxième et dernier enfant. Grossesse, accouchement, développement de l'enfant tout s'est passé sans encombre et avec une allure normale.

Le milieu où il a vécu est plutôt bon bien que sa mère ne soit pas mariée et que le père de l'enfant vive à part sans se préoccuper de sa progéniture. Cette brave femme a non seulement élevé ses enfants de son travail, mais elle a recueilli deux enfants d'une sœur morte et les a élevés avec les siens. Elle s'occupe beaucoup de tout ce petit monde, a la chance de pouvoir travailler chez elle et a particulièrement soigné notre sujet qui s'est montré dès l'enfance très difficile. Elle ne l'a jamais abandonné à personne et l'influence qu'il a subie dans ce milieu de travail et de devoir eût dû avoir un effet des plus favorables.

Dès l'âge de trois ans il fut mis au jardin d'enfants et n'a cessé de fréquenter l'école jusqu'à présent : il a douze ans. Dès l'âge de six mois il se distingue des autres enfants par des colères très violentes; à onze mois il déchire, casse, renverse tout ce qui est à sa portée et il y prend plaisir. En avançant en âge ses crises de colère augmentent, il bat les animaux, prend plaisir à renverser le bac à charbon et à salir les chambres, déchire ses habits et brise tous les objets qu'il peut atteindre, il est en dispute continuelle avec ses voisins qu'il insulte, il frappe et bat tout le monde, il est brutal, grossier, indiscipliné et ne respecte personne.

Il manifeste dès ses premières années une suractivité motrice très grande, mais ne s'appliquant jamais longtemps au même objet.

Il court la rue, monte chez lui, redescend, fait de grandes promenades, et il est impossible de le garder pendant une heure à l'inté-

rieur. Sa mère essaie souvent, pour le punir, de l'enfermer pendant quelque temps à la maison, mais il fait une vie telle qu'elle est obligée de le relâcher.

Il part le dimanche pour toute la journée au Bois de la Cambre avec un pain et ne revient que le soir.

Dans ces promenades il arrive à gagner quelques centimes en ramassant les balles des joueurs de tennis. Il fait aussi, pour gagner de l'argent, des commissions pour les voisins. On l'a vu dans le même but ouvrant les portières des automobiles à l'entrée des gares. Il emploie exclusivement l'argent ainsi gagné à acheter de la charcuterie, entre autres du boudin noir, et des pommes. Il a toujours des débris de viande et des provisions de pommes dans ses poches. Il ne fume pas et ne boit pas. D'un autre côté, il refuse obstinément de faire la moindre commission pour sa mère, celle-ci lui demande quelquefois d'aller chercher une cruche d'eau, mais il la dépose à la porte en s'enfuyant quand il ne la lance pas à bas des escaliers. Il a été battu fréquemment mais toujours évidemment sans résultat. Il n'a peur de personne, la police le connaît fort bien, mais comme il ne vole pas et qu'il ne découche pas, ses infractions aux règlements policiers ont été jugés comme des pécadilles et n'ont pas motivé son placement dans une maison de correction.

En classe il a des colères terribles, casse fréquemment des objets mobiliers, insulte ses maîtres, frappe ses condisciples.

Récemment il est allé donner un charivari devant la maison d'un instituteur qui lui déplaît. Il avait raccolé pour cela une douzaine de jeunes gamins.

Son *émotivité* est très grande, caractère fréquent chez beaucoup d'instables et de criminels juvéniles. Il pleure quand sa mère est triste et lorsque celle-ci fait semblant, pour l'influencer, d'être très affligée de ses escapades, il l'embrasse, promet de se corriger et manifeste un repentir qui paraît très sincère. Il ne sait voir souffrir personne sans pleurer lui-même.

Il se pique fréquemment d'être chevaleresque, défend les faibles attaqués par les forts, défend les filles battues par les garçons, mais lui-même un instant après bat tout le monde sans distinction d'âge, de force, ni de sexe. Il est aussi très coquet et montre une grande joie d'avoir un costume neuf et un beau chapeau, mais une heure après il se roule dans la boue en se battant à la rue et rentre avec son costume en lambeaux.

Il recommande à sa mère d'être toujours bien propre, bien coiffée, bien habillée, surtout lorsqu'elle se rend à l'école. Lorsqu'il la rencontre en rue il marche à une certaine distance d'elle, il ne veut pas, dit-il, qu'on la voie en si mauvaise compagnie, parce qu'il a mauvaise réputation dans le quartier. Il aime beaucoup se faire remarquer, en classe il cherche constamment à attirer l'attention sur lui

par des grimaces et des gestes. Il ne ment jamais, il avoue toutes ses fautes et reconnaît ses défauts.

La sexualité semble se développer. Il aime à se frotter aux femmes et les embrasse volontiers : lorsqu'il rencontre à la rue une jolie fillette qui revient de l'école avec sa mère ou sa gouvernante il s'approche d'elle sans qu'il y paraisse, l'embrasse, se sauve et de loin lui envoie des baisers.

L'état général est très bon. Il dort bien et a un appétit excellent. Tout l'argent de poche dont il dispose et qu'il gagne en général passe à de la charcuterie et des pommes, à l'exclusion de toute sucrerie.

La *vue*, l'*ouïe* et *les autres sens* sont bons. Il n'y a pas de troubles marqués du sens musculaire, mais l'habileté motrice est réduite. Sa force lui permet de faire facilement de gros travaux, mais les finesses manuelles lui restent tout à fait étrangères.

L'attention et la mémoire sont très faibles et très au dessous de la normale, il n'arrive à retenir que trois chiffres et répète mal une phrase de seize mots. Cette dernière épreuve est donnée comme test de 6 ans par Binet et Simon. La mémoire visuelle est un peu meilleure que la mémoire auditive. L'enfant connaît la monnaie.

La lecture est nulle chez lui malgré les efforts faits depuis six ans. Vous pourrez vous en assurer par les quelques exercices que M. Lemaire, son instituteur actuel, va lui faire faire devant vous.

Les processus de *jugement* sont souvent défectueux. On lui demande : « Que faut-il faire quand on a manqué le train ? »

« Courir après » répond-il.

« Que doit-on faire quand on a fait mal à quelqu'un sans le faire exprès ? »

« Dire pardon. »

« Que doit-on faire quand on a brisé quelque chose qui n'est pas à vous ? »

« Le payer. »

« Que doit-on faire quand on arrive trop tard à l'école ? »

« Sonner à la porte », puis il se ravise et dit « rester à la maison ».

L'esprit critique est très défectueux. Il ne répond pas aux tests des lacunes de figures de Binet (tests de 7 ans). On lui lit un fait divers absurde (Binet) disant qu'un cycliste qui roulait à une vive allure est tombé et a été tué sur le coup. Il a été transporté à l'hôpital et on croit qu'il n'en réchappera pas. Quand on lui demande ce qu'il y a de bête là dedans, il répond : Ce qui est bête c'est de rouler si vite à bicyclette.

D'autres épreuves concernant son sens critique donnent des résultats analogues. Il est facile de s'apercevoir que l'enfant ne prête pas une attention suffisante à ce qu'on lui dit.

Les *définitions d'objets familiers* sont données par l'usage (tests de Binet de 6 ans).

Il sait nommer quatre couleurs et compter à rebours (tests de 8 ans).

Il trouve 120 mots en trois minutes (test de 11 ans).

Il décrit les gravures par *interprétation* du sujet (test de 12 ans).

Il n'arrive à donner aucune définition abstraite. A la question : qu'est-ce que la bonté? Il répond : « C'est quand on est bien portant. »

Nous voyons donc pour le côté intellectuel que cet enfant qui n'a pas su apprendre à lire et serait classé par conséquent dans l'imbécillité (Binet et Simon) nous montre à côté de cela certains processus mentaux parfaitement adéquats à la mentalité de son âge et nous montre aussi une adaptation à la vie pratique remarquable, vu le manque d'équilibre et de pondération existant dans d'autres domaines.

L'enfant semble avoir une notion suffisante du devoir moral. Il se rend compte des méchancetés qu'il fait, mais agit comme s'il était mû par une force à laquelle il ne peut résister.

Quand on lui demande : « Qu'est-ce qu'il faut faire quand on a trouvé un franc à la rue? » Il répond sans hésiter : « Il faut le rapporter au bureau de police. »

« Qu'est-ce que le mariage? »

« C'est pour que l'homme ne puisse pas se sauver et qu'il travaille pour sa femme. »

Le *diagnostic* qui me semble pouvoir être posé est celui de débilité intellectuelle et morale avec prédominance des phénomènes d'instabilité, d'impulsivité et défaut d'équilibre et de contrôle personnel.

Le traitement qui s'impose est le placement dans un établissement spécial avec internat. Cet établissement n'existe malheureusement pas en Belgique. Actuellement cet enfant est renvoyé de partout, il est une véritable nuisance tant à l'école ordinaire qu'à l'école spéciale. Il finira très probablement par commettre un délit, on le mettra en prison pendant un temps déterminé, après quoi il pourra recommencer. On aura fait entretemps examiner son degré de responsabilité (?) par un grave médecin-légiste qui jugera celle-ci atténuée, ce qui permettra au juge de le faire rentrer plus rapidement dans la société pour y exercer ses méfaits tout à son aise.

L'analyse d'un cas semblable fait bien comprendre que la véritable prophylaxie de la criminalité juvénile demande que cette notion métaphysique de la responsabilité disparaisse pour faire place à l'appréciation médico-légale de l'utilité ou de la nuisance d'un individu au point de vue social. C'est sur cette base d'appréciation

que le placement consécutif des jeunes sujets dans des établissements de cure mentale et de réforme morale devrait être fait.

Pour l'enfant dont nous venons de relater l'histoire, le placement à la campagne dans une ferme-école sous une direction médicale serait tout indiqué.

L'autorité du médecin reconquise par une réforme dans l'enseignement médical

(*Suite*)

Lecture faite devant la Psycho-Medical Society
à Londres, le 28 janvier 1910
par le Dr A. W. van Renterghem, d'Amsterdam

—

Le plus grand soin est donné pour créer au patient un milieu favorable à sa guérison. Si, pour le moment, le milieu naturel ne convient pas pour lui, je lui en choisis un autre présentant des conditions plus favorables. Dans certains cas, l'isolement temporaire dans une maison de santé est de rigueur. Sous ces conditions, le traitement peut être bien suivi et dûment surveillé, partant réussit mieux généralement. Aussitôt que possible, j'habitue le malade à reprendre quelque occupation. Je lui fais une sage répartition de sa journée, fixant pour lui les heures du travail et du repos, celles de la récréation, le temps de se lever et de se coucher, les moments des repas, faisant la part du travail intellectuel et de l'exercice musculaire Redoutant pour le malade nerveux la société d'autres malades, craignant pour la contagion par l'imitation, je veille à ce qu'il reste éloigné autant que possible de ses compagnons d'infortune.

Le traitement proprement dit est pratiqué dans une chambrette où le malade entre avec moi seul, ou bien accompagné d'une personne de sa famille s'il avait quelque objection à rester seul avec moi. Le plus souvent, dès la deuxième séance, sa frayeur est dissipée, et il préfère l'isolement de la chambrette, qui dispose à l'épanchement et à la confession.

Après l'avoir installé sur un divan je m'assieds près de lui et commence notre entretien en lui résumant les traits principaux de sa maladie, que j'analyse avec lui s'il est du moins dans un état d'esprit qui lui permet de suivre mon exposition. Je lui dis les données sur lesquelles reposent mon diagnostic et mon pronostic, et lui cite quelques guérisons heureuses de cas analogues au sien. Je discute avec lui les symptômes qu'il présente et finis par lui donner les conseils que son état exige, des règles de régime, d'hygiène, etc. L'entretien fini, j'engage le patient à rester couché quelque temps encore et à ruminer mes paroles.

Très souvent le malade, à qui j'ai réussi à rendre le calme, à faire oublier ses misères, s'assoupit et s'endort. D'autres fois, il reste là, les

yeux ouverts ou fermés, ne dormant pas, mais quand même calmé. Je tire parti de ces conditions pour planter alors mes suggestions sous forme de suggestions persuasives, je lui répète ce que je venais de lui dire, un moment auparavant, pendant mon entretien.

Le cas se présente, et n'est même pas si rare, que l'état du malade ne dispose pas au raisonnement, qu'il ne peut pas suivre la dialectique serrée du médecin, mais se prête volontiers à écouter les paroles consolantes et encourageantes qui le bercent, et qu'il aime à sentir la main amie du médecin posée sur sa tête, alors que celui-ci lui donne ses suggestions. J'ajourne alors le raisonnement à plus tard et m'applique à attaquer le symptôme. Je cherche à provoquer le sommeil, à calmer l'irritabilité, l'angoisse, à neutraliser la douleur, et cela de la manière la plus simple du monde. Je lui pose notamment ma main sur le front, lui ferme doucement les paupières et lui coule, d'une voix douce et persuasive, mes suggestions de sommeil et de guérison. De ma main libre, je renforce ma suggestion verbale en faisant des passes légères le long des membres malades ou endoloris. Après un temps plus ou moins long, une demi-heure à deux heures au plus, selon l'indication du cas, j'éveille le malade s'il s'était endormi, ou je l'invite à se lever s'il était resté éveillé.

Ces séances d'entretien ou de suggestion sont réitérées soit chaque jour, soit à plus grande distance, et généralement je réussis ainsi à rétablir le calme, à restaurer l'équilibre psychique. Si la méthode suggestive a bien préparé le terrain pour celle du raisonnement ou de l'éducation, je substitue celle-ci à celle-là ou je marie les deux modes s'il y a lieu. Si je pense le temps propice à raisonner le malade, je m'applique à verser mes explications dans un moule qui s'adapte à l'intelligence et aux connaissances du patient plus ou moins instruit, et je tâche de me mettre à son niveau intellectuel et de pétrir mes arguments en consé-séquence.

Dans certains cas, le sommeil provoqué seul, prolongé durant des heures, des jours, des semaines, fait les frais exclusifs ou principaux du traitement.

La guérison accomplie, je ne perds pas le malade de vue. Je l'engage à m'écrire de temps en temps, à me tenir à la hauteur de son état, à m'avertir en cas de défaillance ou de rechute ou à venir me trouver s'il en sent le besoin.

Je continue de cette façon à lui prêter le soutien moral nécessaire à la plupart de ces malades et arrive ainsi à faire de belles et solides guérisons. Il faut, pour cela, que mes malades psychasténiques, hystériques, neurasthéniques, sachent que je continue à rester leur ami, toujours disposé à leur prêter main-forte au besoin, à collaborer avec eux au maintien de l'équilibre moral que mon traitement psychique a su leur rendre, à les remettre sur le bon chemin, s'il y a lieu.

Chaque malade a son heure fixe de traitement et occupe autant que possible la même chambrette; question d'habitude favorable à la suggestion. Cette disposition prévient aussi en même temps l'accumulation des malades dans les salles d'attente et les entretiens si nuisibles entre nerveux.

Est-il besoin de dire que si la suggestion directe n'est pas indiquée ou

ne réussit pas, je la matérialise sous forme d'une médication chimique ou physique et que si la psychothérapie, dans un cas donné, ne remplit pas toutes les indications de la maladie, je fais appel aux autres formes de la thérapie?

Mais je finis de m'arrêter plus longtemps encore à l'exposition de ma méthode personnelle d'appliquer la psychothérapie, persuadé d'avoir déjà trop abusé de votre patience à m'écouter; aussi vous épargnerai-je la communication d'autres observations cliniques, tirées de ma pratique de ces dernières années. Il suffira de vous dire qu'avec l'assistance de mon confrère le docteur van der Chys, je traite en moyenne journellement, entre 9 heures du matin et 5 heures de relevée, soixante malades dont les cas exigent souvent de nous des qualités et un savoir qui sont plutôt du ressort de l'avocat ou du prêtre que de celui du médecin.

Les états nerveux nés de mauvaise entente entre époux ou donnant lieu à des désaccords dans le ménage, par suite de mauvaise conduite, d'habitudes vicieuses ,de malentendus, d'une éducation défectueuse, de surmenage ,de malchance dans les affaires, etc. ,sont nombreux et nous fournissent tout un cortège de malades, présentant des phénomènes morbides les plus hétérogènes.

Des névrosés prêts à plaider en séparation de mariage, des gens adonnés aux boissons alcooliques, des morphinomanes, des pervertis sexuels, d'autres, présentant les symptômes de folie morale, de folie du doute, des obsédés, des phobiques de toutes nuances; des comédiens, des chanteurs, des prêtres, des jeunes gens qui veulent se présenter à un examen, souffrant du trac, se succèdent alternativement aux diverses formes et nuances de l'hystérie et de la névrasthénie avec leur suite de martyrs de l'insomnie, de dégoûtés de la vie, etc.

Le médecin, à son heure, doit faire fonction d'avocat et de prêtre; de prêtre surtout. La question de religion, en effet, remue souvent la conscience du malade et donne souvent lieu à de sérieux entretiens avec le médecin; aussi c'est à ce sujet que j'ose réclamer encore un instant votre bienveillante attention.

Nous vivons dans une époque de transition analogue à celle de la décadence de Rome quand l'aurore du Christianisme naissant commença à se dessiner. La croyance religieuse, soutien et asile des âmes souffrantes et désespérées, est sapée, ses bases sont ébranlées par suite des découvertes multiples des sciences naturelles dans ce dernier siècle dont les miracles portent ombrage à ceux que nous apprenait la bible, et les rendent suspects. Le matérialisme et l'agnosticisme triomphent. Mais comme dans toutes choses de ce monde, il y a du haut et du bas, la marée basse en question de religion va être suivie de marée haute. Le siècle des sciences naturelles est suivi de près de celui de la psychologie moderne.

« La science de la nature n'englobe pas toute la science. Elle a à tenir compte avec les faits de la conscience ressortant des études de la psychologie moderne.

» Dès que celle-ci a commencé à se servir des méthodes expérimentales sévères empruntées à ses sœurs, les sciences naturelles, elle s'est prodigieusement développée dans ces dernières années et donne lieu à

espérer qu'un jour elle parviendra à résoudre l'énigme de la personnalité psychique de l'homme.

» Le jour viendra où la psychologie se sentira à même de gouverner les esprits tout comme les sciences naturelles ont appris à régner sur la nature. Elle acquerra le pouvoir de porter l'humanité vers un niveau toujours plus élevé de moralité et de bonheur.

» Pour cela, il nous faut apprendre à nous connaître *nous-mêmes*, à connaître *nos prochains* et à pénétrer *le fond des choses* qui nous échappe.

» En dépit des renaissances éphémères, les croyances religieuses perdent lentement, mais assidûment, en puissance.

» Et rien jusqu'à ce jour ne s'est montré capable de reprendre les fonctions que la religion a su remplir pendant des séries de siècles. Ces fonctions portaient surtout à donner un arrière-plan à la vie. L'homme religieux dispose d'un tel arrière-plan, grâce à sa croyance à un dieu gouvernant le monde.

» Les agnostiques et les matérialistes qui ne possèdent pas cet arrière-plan, sont par cela même incapables de voir quelque chose de beau dans la vie et ne savent pas la rendre belle. On ne peut pas nier que l'affaiblissement des croyances religieuses porte à sa suite des conséquences très graves. »

Comment parer à ces conséquences, se demande mon savant compatriote le docteur G. Heymans, professeur de philosophie à l'Université de Groningue, dans son beau discours : « Le siècle futur de la psychologie » (1909), auquel j'emprunte les considérations précédentes?

Voici sa réponse :

« Il ne mène à rien de vouloir tâcher de ranimer les croyances anciennes.

» *Une culture doit être guérie par une autre culture.* Le remède est tout trouvé dans l'évolution lente mais continue de la psychologie.

» Elle nous a déjà donné une conception meilleure de l'enfant, du criminel, de l'aliéné. La pédagogie, le droit criminel, la psychiatrie en ont déjà su profiter. Elle a entamé sérieusement l'étude des différents types de caractères et de leurs corrélations. Du moment que nos connaissances sous ce rapport se seront perfectionnées, nous saurons en tirer parti pour ce qui regarde l'arrangement de notre vie et le jugement de nos prochains. Elle nous montrera le chemin vers la *connaissance de nous-mêmes*, nous gardera de présomption et d'une sensation de minorité maladive; dans l'arrangement de notre vie, elle nous fera tenir compte avec nos qualités et les limites de nos qualités.

» On apprendra ce qu'on aura à vaindre ou à développer en soi-même, elle montrera le meilleur chemin, conduisant à un travail fructueux et satisfaisant. Les parents et les précepteurs élargiront et approfondiront cette connaissance pour bien juger leurs enfants et élèves, et comme chaque science apte à l'application pratique, sait se créer de soi-même sa technique et ses techniciens dès qu'elle a reçu un développement suffisant, des médecins de l'âme se tiendront prêts à temps qui disposeront de toutes les données nécessaires que la science de leur temps aura portées à la lumière, pour former leur jugement.

» Une hygiène psychique sociale se développera à côté d'une hygiène de l'âme indiviruelle.

» De cette manière, l'évolution de la psychologie *réglera aussi bien la vie sociale que la vie individuelle.*

» La psychologie nous apprendra aussi à *mieux nous connaître et à mieux nous comprendre nous-mêmes;* elle en fera bénéficier l'éducation et nous servira de guide affidé dans les grands choix de la vie : de conjoints, d'amis, de collaborateurs; elle nous apprendra à mieux connaître notre prochain et à mieux se comporter avec lui.

» Enfin elle contribuera à rendre à la conscience de *notre relation envers le fond des choses*, la puissance de faire le bien dans la vie.

» L'extension de notre connaissance des lois psychiques conduira nécessairement à la doctrine du monisme psychique, qui nous apprend que seul le psychique est réel et que la matière n'est qu'une simple manifestation de l'esprit.

» Cette doctrine porte comme conséquences que les individualités psychiques ne doivent pas être considérées comme des êtres indépendants, juxtaposés, non unis et séparés l'un de l'autre pour toujours, mais plutôt comme des contenus, séparés passagèrement, d'une conscience plus élevée et en dernière instance d'une conscience supérieure qui comprend tout. Cette conception trouve son analogie dans cette autre, que nos représentations et nos pensées forment le contenu d'une conscience qui les embrasse toutes et que nous nommons *notre* conscience.

» Notre conception du monde s'approfondit d'une façon étonnante, quand nous venons à supposer que l'évolution d'un grand organisme psychique se fait dans l'humanité et enfin dans l'univers. Nous ne nous sentons plus alors des individus mais plutôt des organes. Nous comprenons que nos dernières fins ne se trouventt pas en dedans mais bien loin en dehors de nous. Nous voyons alors s'effacer la ligne de démarcation qui sépare l'unité du tout, le fini de l'infini. Et pendant que nous travaillons à la réalisation de notre idéal, chacun de nous, dans son cercle restreint, et nous servant de nos facultés restreintes, nous savons qu'en dernière instance notre activité vise les fins de l'univers et est portée par les aspirations du monde.

Est deus in nobis, agitante colescimus ille.

Arrivé au terme de mon discours, je me permets de soumettre à votre jugement une solution qui me semble résoudre la question posée au début, savoir : comment le médecin et plus spécialement le médecin de famille reconquerra-t-il son ancienne autorité et la confiance que le public lui prêta jadis?

En résumant ma lecture, il me revient que je vous ai dit comment la croissance rapide de la médecine, consécutive à l'évolution étonnante des sciences naturelles dans le cours du dernier siècle, causa une division du travail et donna naissance à une classe de médecins spécialistes, fait qui pour une part contribua à miner l'autorité du médecin de famille; je fis ressortir les avantages et les désavantages de cet état de choses et insistai sur la confusion née de là : les malades, faute de confiance dans le médecin ordinaire, errant dans leur choix d'un spécialiste, ne sachant enfin à qui s'adresser, tombent dans les mains des rebouteurs, des marchands d'orviétan ou demandent leur guérison au

miracle. Je ne déguisai pas que le charlatan opère parfois des guérisons sérieuses dans des cas délaissés par la médecine officielle. Je condamnai la puérilité de ne pas vouloir reconnaître ces guérisons et conseillai de s'appliquer plutôt à trouver le défaut de la cuirasse. Je démontrai que cette faute réside chez le médecin; celui-ci ne disposant pas des connaissances psychologiques nécessaires qu'exige l'étude de l'étiologie des maladies et méconnaissant le rôle joué par la suggestion dans le procès de la guérison, fait fausse route et ne guérit pas son malade. L'aliéniste et le neurologue savent qu'un grand nombre de maladies soi-disant organiques, ressortissent plutôt du groupe des maladies de l'imagination. Bon nombre de ces médecins continuent néanmoins à droguer leurs clients et à les traiter par les moyens physiques, au lieu de se servir de la psychothérapie.

Je rappelai le rôle de la suggestion consciente et inconsciente dans le traitement des maladies dès les temps les plus reculés, et comment la psychothérapie systématique moderne s'est dégagée des médications miraculeuses des anciens temps. Je recommandai au médecin d'étudier la psychothérapie qui le mettrait en état dorénavant de substituer ses bonnes et solides guérisons par la suggestion consciente aux miracles du charlatan. Je fis appel à cet effet à mon propre exemple, trouvai des arguments dans l'histoire de ma vie de médecin et racontai comment, à certain moment de ma carrière, et désillussionné du pouvoir de la médecine, j'appris à connaître les avantages de la suggestion et me rendis à Nancy pour étudier l'hypnotisme chez Liébeault.

Me fondant sur mon expérience personnelle, j'insistai sur l'avantage d'exercer comme médecin praticien pendant quelques années avant de s'établir spécialiste, et rappelai que la connaissance du cœur humain et la large expérience du malade nécessaires ne peuvent être obtenues que par un exercice suffisamment prolongé des trois branches de la médecine.

J'esquissai mes premiers débuts comme hypnotiseur, décrivis l'évolution de la psychothérapie dans le cours des années jusqu'à ce jour, et exposai ma technique personnelle.

Je résumai les différentes formes de maladies nerveuses réclamant les soins du psychothérapeute et fis ressortir comment l'absence de croyance religieuse de nos jours, prive maint déséquilibré d'un soutien précieux, et avisai à chercher une compensation dans l'étude de la psychologie moderne.

Tout cela posé, je viens à me soumettre cette question : L'autorité du médecin gagnerait-elle si l'on s'ingéniait à porter des entraves à la spécialisation?

Eh bien, franchement, je pense que non! Comment arrêter, du reste, une évolution naturelle? La spécialisation à la fin du compte, est une nécessité qui saura se limiter elle-même.

Le docteur attitré ne sera ni supplanté ni surombragé par le spécialiste. Il recouvrera son autorité par cela même que les deux ordres de médecins se porteront à mieux s'entendre, à mieux collaborer.

On exigera du médecin aimant à se spécialiser qu'il possède en dehors de ses connaissances spéciales un fonds solide de connaissances générales et d'expérience pratique en médecine, chirurgie et accouchements.

Il ne lui devra pas être permis de s'établir spécialiste qu'après avoir exercé la médecine pratique générale pendant quelques années. Il lui faudra continuer à se tenir au courant de celle-ci pour éviter l'écueil de n'envisager la maladie que d'un seul côté.

Le médecin non spécialiste, *la bonne à tout faire*, le médecin de famille, doit avoir fait de sérieuses études théoriques, mais être en même temps un homme éminemment pratique, sûr de son diagnostic et possédant à fond la technique des différentes thérapies spéciales sans devoir en connaître les finesses.

Il doit être apte à poser le diagnostic et à traiter les cas simples les plus occurrents, qui sont du ressort du spécialiste et s'appliquera de requérir l'avis de celui-ci dans les cas difficiles ou compliqués ; il confiera à l'occasion son malade aux soins de son confrère si la gravité du cas l'exige.

Dans l'éducation du médecin de nos jours, on vise plus à l'érudition qu'à l'esprit pratique du futur docteur.

On ferait mieux, selon mon avis, de ménager à l'étudiant le superflu théorique en ne lui enseignant que les grandes lignes des différents corps de doctrine et en laissant à la propre initiative du futur docteur d'approfondir ces études à son loisir. Par contre, j'aimerais le voir admis dans les services de l'hôpital aussitôt qu'il fait son entrée à l'Université, où il se rendait utile selon ses moyens, apprenant ainsi, dès le début, son métier de médecin. Il marcherait d'étape à étape passant par le grade d'aide garde-malade, d'aide-médecin ,d'aide-chirurgien, veillant aux pansements, soignant les instruments, pour arriver, vers la fin de ses études, à suppléer le médecin traitant.

L'étude de la psychiatrie et de la neurologie doit être de rigueur pour l'un et pour l'autre. Le médecin qui resterait étranger à ces doctrines. ne serait que médecin à demi. Toute maladie a sa répercussion dans l'organe psychique. L'homme est vulnérable des deux côtés, et jamais le côté psychique n'échappe au paiement de son écot. Aussi ne suffit-il pas que le médecin sache dûment établir le diagnostic physique, mais encore faut-il qu'il soit expert à sonder l'âme. Et en matière de traitement il est d'urgence que le docteur, qui possède la thérapie physique et chimique, joigne à cette connaissance celle de l'application pratique de la psychothérapie dans ses différents modes.

Un nombre immense de malades nerveux présentant des troubles fonctionnels et des symptômes d'ordre subjectif, exigent des soins spéciaux et un dévouement assidu. Cependant ils ne trouvent chez leur médecin ni la sympathie voulue, ni la guérison qu'ils réclament. Et cela pour la simple raison que celui-ci n'a pas suffisamment étudié leurs maladies, partant ne les comprend pas et ne demande pas mieux que d'être débarrassé d'eux. Or la psychothérapie constitue le traitement par excellence pour cette classe de maladies, elle est la seule franchement indiquée, la seule féconde et comptant le plus de succès heureux.

Ces malades sont comme des navires sans gouvernail. Beaucoup d'eux ont besoin quelque temps durant, d'aucuns même pendant toute leur vie, d'un soutien moral, d'une main ferme qui les conduit. Qui ne les connait pas, ces douteurs, ces appréhensifs, ces pusillanimes, ces abouliques, ces

timides, ces scrupuleux, ces obsédés, ces innombrables naufragés de la vie! Nous les voyons journellement sur notre chemin et les taxons d'excentriques.

Tous ces malheureux réclament un soutien et s'ils en trouvent un, ils peuvent le plus souvent se tenir debout et beaucoup d'eux parviennent même à rendre de bons services à la société. Ce soutien leur peut être donné par les parents, le conjoint, l'ami, le prêtre ou le médecin. Mais souvent il arrive que le névrosé ne trouve pas ce soutien nécessaire et continue à ne pas être compris.

Ce soutien doit pouvoir être donné par le médecin de famille. C'est à lui qu'échoit de droit l'honneur de faire cette œuvre d'humanité, et il n'est pas douteux que, ce faisant, cette classe de médecins praticiens récupérerait son ancienne autorité.

Dans les petites villes, dans les villages dénués de spécialistes, le médecin praticien supplée parfois tant bien que mal à ce besoin. Je dis tant bien que mal parce que, pour la grande part, ils ne disposent pas du *nervus rerum*, c'est-à-dire d'une connaissance suffisante de psychologie, de psychiatrie, de neurologie et que la pratique de la psychothérapie leur fait défaut.

Or cet état de choses ne peut être continué. La psychothérapie doit être enseignée dorénavant à l'Université, de concert avec la neurologie et la psychiatrie. Un cours pratique de thérapie suggestive suivi d'un cours théorique de psycho-physiologie est aussi d'urgence.

Le jeune médecin sortant des bancs de l'Université, et possédant la psychologie médicale, se trouvera par cela même mieux armé contre les difficultés de sa profession.

La thérapie ne continuera plus d'être traitée comme quantité négligeable dans l'enseignement médical, mais occupera dorénavant une place d'honneur. Il ne suffit pas de savoir bien diagnostiquer, il faut surtout — disons-le franchement — savoir guérir.

Le médecin doit être un homme de cœur, autant qu'un homme d'esprit. Seule sa présence doit suffire à rassurer le malade et à faire taire son inquiétude. Il doit savoir se servir des moyens les plus simples pour faire du bien à son patient.

Médecin, je n'aimerais pas me voir privé d'un nombre restreint de médicaments chimiques à toute épreuve; je suis encore assuré de la vertu des méthodes psychiatriques; je taxe d'indispensables tous nos instruments chirurgicaux et autres servant à faire le diagnosic; mais toutes ces richesses ne suffisent pas au médecin à même de se servir de ces armes, s'il n'a su compléter son savoir par l'étude de la psychologie médicale et par la possession théorique et pratique de la psychothérapie.

Seul le médecin qui dispose de l'une et de l'autre de ces connaissances, peut dire avec Bias : *Omnia mecum porto.*

L'autorité du médecin, telle que j'aime à me la figurer, est grande. Les services qu'il doit savoir rendre à la société ne le sont pas moins.

Rappelons-nous son aide et ses conseils durant la grossesse, pendant l'accouchement, ses soins donnés au nouveau-né, ses conseils touchant l'éducation de l'enfant en bas-âge. On réclame ses lumières quand il s'agit de corriger les fautes de caractère de l'enfant plus âgé, pour le

traitement d'habitudes vicieuses. Il est le conseiller veillant au surmenage de l'adolescent, il veille à la récréation nécessaire, à la répartition normale d'un travail musculaire et d'un travail de tête, de veille et de sommeil. On lui demande son avis dans le choix d'une profession, d'une carrière, son aide lorsque le candidat prépare ses examens. On fait encore appel à lui quand les fiançailles se préparent et, après le mariage, et les difficultés du combat pour la vie, tout comme la légion de maladies continuent à réclamer son assistance.

Le médecin doit être un homme éminemment pratique doublé d'un savant, partisan zélé de l'hygiène de l'esprit et du corps, un guérisseur de race et en même temps un philosophe. Il ne suffit pas qu'il donne de bons conseils à ses clients, mais il doit encore prêcher d'exemple.

Aussi que personne ne se fasse médecin qui n'en sente la vocation.

La vie du médecin est une vie de dévouement, une école perpétuelle dans laquelle il ne cesse d'enseigner ses malades et d'apprendre d'eux et par eux. Il doit s'armer d'un optimisme immuable, être exigeant pour lui-même, tout en ayant de l'indulgence pour les faiblesses d'autrui et savoir user d'une rigueur clémente en toutes choses.

Peu de nous satisfairont à ces exigences, mais tous nous pouvons tâcher d'y satisfaire. Pour celui qui approche de cet idéal vers lequel doivent tendre tous nos efforts, se réalisera la maxime d'Hippocrate :

'Ιητρός φιλόσοφος 'ισόθεος

SOCIETES DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques

Les Sociétés de Neurologie et de Psychiatrie de Paris ont tenu leur première réunion annuelle le jeudi 9 décembre, sous la présidence de M. le Professeur Ballet; trois autres séances ont eu lieu les 9 et 16 décembre et le 13 janvier.

L'étude de la question si complexe du rôle de l'émotion a été divisée en quatre parties qui ont fait l'objet de rapports distincts.

I. — Problèmes psychologiques.

M. Pierre JANET. — Il y a des circonstances auxquelles l'individu n'est pas adapté par son organisation antérieure et auxquelles, pour une raison quelconque, il n'est pas capable de s'adapter actuellement, quoiqu'il perçoive ces circonstances et qu'il sente la nécessité de réagir. Dans ces cas, on observe, à la place de la réaction utile, un ensemble de troubles dans toutes les fonctions de l'organisme et c'est cet ensemble de troubles survenant dans ces conditions que je propose de désigner par le mot « émotion ».

Les *symptômes* émotionnels sont :

1. — *Les modifications des sentiments, de l'état général de la conscience.*

2. — *Les modifications intellectuelles.*

A) Sous forme d'une agitation intellectuelle systématique.

Sous forme d'une agitation intellectuelle diffuse.

B) Sous forme d'altérations, de dégradations systématiques ou diffuses des fonctions intellectuelles.

3. — *Les troubles des fonctions viscérales.*

A) Sous forme d'agitations systématiques ou diffuses des diverses fonctions.

B) Sous forme de dépressions systématiques ou diffuses de diverses fonctions.

4. — *Les troubles des fonctions motrices et particulièrement de l'action.*

A) Sous forme d'agitations systématiques ou générales.

B) Sous forme de dépressions systématiques ou diffuses de l'action.

Les *théories* sont nombreuses pour expliquer l'émotion ; l'orateur passe en revue les *théories sentimentales, intellectuelles, viscérales, instinctive* et donne la préférence à la *théorie dynamique :* L'émotion est une dépression de la tension psychologique accompagnée de dérivation, déterminée par l'insuffisance de l'adaptation et par les efforts impuissants pour y remédier.

L'émotivité n'est que la tendance à remplacer les opérations supérieures d'adaptation devenues impossibles par l'exagération des opérations inférieures et surtout par de grossières agitations viscérales. Cette disposition, qui semble quelquefois congénitale, est le plus souvent le résultat de tous les épuisements et surtout des émotions antérieures. Au dernier degré de ces transformations, l'épuisement est si grand qu'il n'y a même plus d'efforts et que le sujet devient indifférent. C'est ainsi que l'émotion mène à l'émotivité, puis au dernier terme à l'indifférence.

Questions

1° *Désignation de l'émotion.*
2° *Analyse des symptômes considérés comme émotionnels.*
3° *Evolution et transformations de l'émotion. L'émotivité.*

II. — **Problèmes physiologiques.**

M. HALLION. — Par réactions émotionnelles, j'entends l'ensemble des phénomènes transitoires qui suivent le choc de près et qui ont la fatalité d'évolution des réflexes.

1. — *Intensité du choc.*

Il existe, en général, pour un ordre donné d'émotion, un rapport bien net entre l'intensité du choc émotionnel, autant que peut l'apprécier la conscience, et les réactions qui s'ensuivent.

2. — *Qualité de l'émotion.*

Il y a cependant des émotions dont la tendance est plutôt dépressive, d'autres dont la tendance est plutôt excitante ; on a relevé l'opposition qui existe à cet égard entre les émotions tristes et les émotions gaies. Cette différence est-elle réellement inhérente à la qualité du processus émotionnel initial, ou tiendrait-elle simplement à des degrés divers d'intensité de ce processus ? Il est difficile d'en juger, attendu qu'entre les émotions de divers ordres, considérées à leur origine, il n'existe pas de commune mesure.

3. — *Influence de la volonté.*

Un des caractères des réactions émotionnelles, c'est qu'elles échappent à l'empire de la volonté. Celle-ci, par l'influence directrice qu'elle exerce sur les associations d'idées, peut bien modifier dans une certaine mesure l'état

mental du sujet ému, et par là même les réactions; mais une fois les effets commencés, elle n'a pas sur eux de prise immédiate. Mais cette influence est restreinte.

4. — *Effets psychiques.*

Issues d'un processus cérébral, les réactions émotionnelles ne sont pas sans modifier à leur tour l'état du cerveau; elles peuvent influer par là sur l'évolution mentale de l'émotion dont elles dépendent.

QUESTIONS

1° *La qualité de l'émotion, indépendamment de son intensité, a-t-elle une influence déterminante sur les troubles morbides consécutifs?*

2° *Les émotions que le sujet dissimule par un effort de volonté ont-elles des conséquences particulièrement graves?*

3° *Existe-t-il des faits pathologiques tendant à montrer qu'en dehors de leurs effets mécaniques (hémorragie cérébrale), les troubles circulatoires d'origine émotionnelle peuvent, à eux seuls, engendrer des affections nerveuses*

III. — **Problèmes neurologiques**.

M. Henri CLAUDE conclut comme suit :

QUESTIONS

1° *Le mode d'action des émotions est subordonné à l'état d'émotivité du sujet. L'*émotivité, *étant considérée comme la manière de percevoir et d'exprimer les émotions, peut être troublée sous l'influence d'une disposition héréditaire ou acquise. La répétition des émotions modifie ainsi notablement l'émotivité. Doit-on donc admettre qu'il existe toujours à l'origine des états névropathiques un trouble de l'émotivité, plus ou moins latent, qui est la condition nécessaire pour que l'émotion puisse provoquer les symptômes névropathiques?*

2° *L'émotion ne paraît pas créer l'*état épileptique, *qui est la conséquence d'altérations organiques ou de modifications humorales, mais elle est souvent notée comme la cause provocatrice des accès convulsifs ou des équivalents, et se retrouve parfois à l'origine du premier accident comitial au même titre que les fatigues, les intoxications, etc.*

3° *L'émotion ne crée pas l'*hystérie, *mais peut provoquer la manifestation hystérique chez un sujet dont l'émotivité était préalablement troublée. Si l'on admet qu'un des caractères particuliers de l'état hystérique consiste dans la faculté d'isoler, amplifier et fixer à un degré excessif certaines sensations, certaines images, on comprend que l'hystérique puisse présenter d'une façon intense et prolongée les diverses expressions de l'émotion. En tout cas, il ne paraît pas douteux que certains accidents, rangés, d'une façon unanime, dans le cadre de l'hystérie, tels que crises convulsives, paralysies, contractures, puissent être produits par une émotion, en dehors de toute suggestion.*

4° *Les émotions pouvant créer une dépression passagère chez les sujets normaux, engendreront également chez certains individus les diverses manifestations des états dits* neurasthéniques. *Mais qu'il s'agisse des formes fugaces et intermittentes ou des formes chroniques et graves de la neurasthénie, il ne semble pas que les émotions, si intenses ou si répétées qu'elles puissent être, soient capables d'engendrer par leur seule action cette affection avec le cortège de symptômes qu'on lui attribue. Un fonds de débilité constitutionnelle, de dégénérescence physique ou psychique, héréditaire, paraît toujours être à*

la base de ces états neurasthéniques dans les formes chroniques. Dans les formes passagères, il y a peut-être lieu de ne mettre en cause qu'un trouble préalable de l'émotivité acquis et transitoire, chez certains sujets.

5° *L'émotion provoque certains* accidents choréiformes, *certaines* myoclonies, *au même type que la suggestion, l'imitation. Elle ne détermine pas la* chorée de Sydenham, *mais elle en exagère nettement les symptômes.*

6° *L'émotion exagère les* tics, *mais ne les crée pas : elle peut placer le sujet dans des conditions d'opportunité pour la genèse des tics, qui résultent en réalité de perturbations mentales sur un terrain de dégénérescence.*

7° *Les émotions peuvent engendrer des états pathologiques mal classés, qui consistent en une exaltation permanente de l'émotivité et se manifestent par les réactions de même ordre que celles qui traduisent l'émotion, mais dont le sujet est conscient : il s'agit dans ces cas, en quelque sorte, d'une émotion prolongée et raisonnée. Ces états, dont les symptômes les plus fréquents consistent en troubles sensitifs et sensoriels, tremblements, asthénie, anxiété, dépressions, hallucinations, etc., surviennent surtout à la suite de grands traumatismes; ce sont ces états essentiellement émotifs que l'on a groupés sous la dénomination de* névrose traumatique.

IV. — **Problèmes psychiatriques**

M. E. DUPRE. — Dans le domaine psychiatrique, le rôle pathogène de l'émotion est très important, si l'on considère celle-ci dans ses rapports avec le terrain ébranlé par le choc émotif.

1° — Considérées au point de vue étiologique et pathogénique, les émotions se ramènent à un *choc psychique*, qui détermine dans toutes les sphères organiques, par l'intermédiaire du système nerveux, des effets, soit d'excitation, soit de dépression, soit de déviation fonctionnelle, avec toutes leurs conséquences.

La succession ou l'association, la diffusion, la profondeur, etc., de ces effets se traduisent par les désordres les plus variés, indépendants du genre d'émotion qui les a provoqués, mais déterminés, au contraire, dans leur nature, leur évolution et leur gravité, par l'intensité du choc émotif, et surtout l'état du sujet au moment du traumatisme psychique.

L'émotivité varie beaucoup suivant les tempéraments, héréditaires et acquis, et on doit reconnaître l'existence d'une prédisposition personnelle, d'une *émotivité constitutionnelle*.

Les signes par lesquels se révèle la *constitution émotive* sont : l'exagération dans leur instantanéité et leur amplitude, plutôt que dans leur vitesse, des réflexes tendineux, pupillaires et cutanés, l'hyperesthésie sensorielle, le déséquilibre des réactions vaso-motrices et sécrétoires, la tendance aux spasmes, enfin l'intensité et la diffusion anormales des effets, physiques et psychiques des émotions.

2° — *a*) Les manifestations pathologiques de la constitution émotive sont du domaine de l'*anxiété*, et s'accompagnent souvent d'*angoisse*. Elles forment à elles seules un immense domaine de la pathologie mentale, sous la forme des *obsession*, des *phobies*, des *impulsions* et enfin des *perversions sexuelles*.

b) La constitution émotive est également le terrain sur lequel apparaissent les syndromes mélancoliques et maniaques de la *psychose intermittente* et de la *cyclothymie*.

Si la clinique démontre que l'émotivité constitutionnelle est à la base des obsessions, des phobies, des impulsions, des perversions sexuelles et des syndromes maniaques et mélancoliques, l'étiologie enseigne le rôle majeur de l'émotion-choc, dans l'éclosion des accidents psychiques.

c) Lorsqu'elle est très intense ou très prolongée, surtout lorsqu'elle se double d'autres facteurs étiologiques (surmenage, traumatisme, maladies, etc.), ou qu'elle frappe un sujet en état de réceptivité psychopathique (puberté, menstruation, grossesse, puerpéralité, ménopause, etc.), l'émotion joue un rôle intéressant dans la genèse des *psychoses confusionnelles*, où entrent, à doses inégales, la torpeur, l'obnubilation, l'onirisme, les hallucinations, les troubles de la conscience, de la mémoire et de la personnalité.

d) L'émotion joue encore un rôle important dans l'étiologie des *psychoses traumatiques* : elle s'associe alors aux influences de la commotion mécanique de l'encéphale, et à celles des suites physiques et morales de l'accident, pour déterminer un ébranlement psychique, dont les effets seront proportionnels à la prédisposition nerveuse du sujet.

e) Dans les *psychoses systématisées*, l'émotion joue un rôle étiologique et pathogénique minime.

f) Dans l'étiologie des psychoses hallucinatoires chroniques, l'émotion n'a pas d'influence pathogène sur l'éclosion du délire.

g) Dans l'étiologie et la pathogénie des *folies à deux*, ou *collectives*, la contagion mentale est due à un ensemble de conditions où l'émotion intervient dans la transmission du délire aux sujets passifs.

h) Dans les *psychopathies organiques*, l'émotion ne joue qu'un rôle secondaire et indirect.

i) Dans les *débilités psychiques*, dues à un arrêt de développement du cerveau fœtal ou infantile, on observe des états très différents au point de vue de l'émotivité des sujets.

3° — Enfin, au point de vue du rôle de l'émotion dans la genèse des agénésies psychiques, il faut rappeler que l'*émotion de la mère peut agir sur le fœtus* en troublant le développement physique et psychique de l'enfant.

Questions

1° *Existe-t-il une constitution psychopathique émotive? Celle-ci se révèle-t-elle par certains signes objectifs?*

2° *Du rôle de l'émotivité et du rôle de l'émotion dans :*

a) *Les obsessions, les phobies, les impulsions et les perversions sexuelles;*

b) *Les syndromes mélancoliques et maniaques;*

c) *Les psychoses confusionnelles;*

d) *Les psychoses traumatiques (accidents du travail);*

e) *Les psychoses aiguës transitoires;*

f) *Les psychoses chroniques, hallucinatoires et interprétatives;*

g) *Les psychoses collectives;*

h) *Les psychopathies organiques et les démences;*

i) *Les débilités psychiques et les démences précoces.*

3° *Influence sur l'enfant des émotions de la mère pendant la grossesse.*

BIBLIOGRAPHIE

La Toxémie neurasthénique, par M. Page (in-16 de 244 p., Paris, 1910, Vigot, éditeur. Prix : fr. 3.50).

Platon, dont la philosophie élégante s'estompe parfois de touches pessimistes, suppose les hommes enfermés dans une caverne obscure. Ce qu'ils prennent pour la réalité du monde sensible n'en est que le reflet projeté sur le mur de la prison où ils se meuvent en tâtonnant.

L'allégorie célèbre de la caverne longtemps put symboliser nos incertitudes. Des maladies, on connut d'abord les symptômes, qui les premiers tombent sous les sens et sont relativement faciles à percevoir. Puis on découvrit les lésions, et c'était déjà un pas de fait hors de la nuit. Enfin, dans la période moderne, grâce aux découvertes biologiques ou physiologiques, on remonta aux causes. Et alors seulement l'esprit humain sortit du royaume des ombres.

Ainsi, trois étapes en nosologie. La première est celle des symptômes. Elle amorce l'étude d'une affection ; celle-ci est déjà mieux connue lorsqu'on en a fait la description anatomo-pathologique. Mais un mal n'aura conquis sa place à part dans les cadres, il ne sera spécifié nettement que par ses causes.

Qui dit neurasthénique dit intoxiqué, affirme M. Page, et tout le prouve : l'analyse des troubles, les recherches urologiques, les antécédents personnels ou héréditaires. Mais quelles sont les sources de cette intoxication, de cette toxémie, pour préciser davantage ? Suivant notre confrère, il n'y a pas une neurasthénie, mais des états neurasthéniques, c'est-à-dire des syndromes de dépression nerveuse, greffés sur des altérations variées du biochimisme général. Il y a là comme une réaction des centres nerveux en face de causes toxiques, d'origine variable, et plus ou moins complexes. Notre auteur, on le voit, ne fait plus partir le processus du centre, ce n'est plus le cerveau désaxé qui va au loin porter le trouble, ce sont au contraire les grands viscères qui, sabotant leur travail, fournissent des produits défectueux aux neurones, les déséquilibrent et engendrent leurs diverses pannes.

Sans doute, pour admettre cette théorie originale et féconde, il faut s'abstraire d'une foule d'idées anciennes. Longtemps nos pères, habitués à la belle ordonnance de la hiérarchie, se plurent à voir dans le cerveau le maitre qui régit, coordonne et impose. Tyran mystérieux solidement assis dans son palais cranien, on le montrait envoyant des ordres, bons ou mauvais, mais qui devaient être suivis sans réplique. Et cela cadrait bien avec les idées monarchiques de nos ancêtres ; tant il est vrai que les théories scientifiques sont toujours, par quelque côté, le reflet des théories sociales. Pour M. Page, le cerveau, sans rien perdre de sa prépondérance, ne saurait plus avoir ces allures de monarque absolu Ce qui le prouve bien, au surplus, ce sont les gardes et les défenses dont l'a pourvu la Nature.

Voilà, par exemple, un individu qui se nourrit mal ; sur lui pèse la lourde main des fatalités héréditaires, bref, son laboratoire digestif est la source d'une foule de poisons. Avant que ceux-ci n'arrivent aux centres nerveux, ils rencontrent d'abord le foie, sentinelle ingénieuse autant que vigilante. Se trouve-t-elle en défaut, ce sont les cellules qui tâcheront de neutraliser les toxines. Le cerveau est-il envahi, il puisera dans sa propre substance de quoi se défendre contre les maléfices. — L'étude du pouvoir antitoxique des centres nerveux n'a-t-elle pas engendré la sérothérapie du tétanos tout entière ?

Donc, les poisons fabriqués par le tube digestif se heurtent à maintes barrières, avant d'arriver aux centres. Ce n'est qu'après les avoir surmontées que les toxines atteignent ceux-ci et que la neurasthénie s'installe. Voilà déjà une première source. Mais il en est une autre plus importante encore et qui réside dans le système vasculo-glandulaire. Nos glandes externes ou internes sécrètent des substances d'une activité extrême, nous le savons aujourd'hui d'une façon très sûre, puisque certains de leurs produits ont été isolés et même industrialisés.

Supposons que ce système compliqué fasse du sabotage, lui aussi. Eh bien, là encore nous verrons s'élaborer des poisons qui, les barrières défensives franchies, iront intoxiquer le système cérébral. Regardez ce qui se passe au moment de la ménopause, voire de la grossesse, et vous serez convaincus de l'influence des glandes endocrines sur le biochimisme interne. Au moment où

l'enfant devient homme, la symphonie glandulaire présente-t-elle dissonnances ou désaccords, le bâton du chef d'orchestre a-t-il imparfaitement mis en route les exécutants, aussitôt des troubles éclatent. Et le psychisme, reflétant les insuffisances innées ou acquises des sécrétions sexuelles internes ou externes, en restera plus ou moins perturbé. N'est-ce pas à l'occasion de la puberté que s'exagèrent ou éclatent les troubles psychiques de la dégénérescence mentale, phobies, scrupules, obsessions? Il y a là un moment critique, dit excellemment M. Page, qui est le point de départ ou l'occasion de maintes névroses. Pour ne citer qu'un exemple, n'a-t-on pas rapporté des cas où la fonction menstruelle, irrégulière ou supprimée, entrainait une fatigabilité très grande, une difficulté extrême de tout effort physique, l'essoufflement à la moindre cause, la paresse à exprimer ses sentiments, la lenteur des opérations mentales, bref, le tableau d'une asthénie générale grave (Sollier et Chartier). Et M. Page lui-même n'a-t-il pas vu, dans certains cas, l'opothérapie ovarienne provoquer une véritable résurrection de l'énergie physique et intellectuelle? *Tota mulier in utero*, disaient nos pères. *Totus vir in teste*, pourrions-nous ajouter à notre tour, cas ce qui s'applique à un sexe est également vrai pour l'autre.

Obstiné à chercher un substratum causal à la neurasthénie, notre confrère fait peut-être trop bon marché des causes psychiques, émotions tristes, ennuis, déboires, pertes d'argent, etc. Mais c'est là une petite querelle, eu égard aux conséquences fécondes de sa théorie si admirablement assise sur la clinique et qu'étayent de longues recherches de laboratoire. Désormais, quand vous serez en face d'un neurasthénique, épluchez-le, comme disaient nos anciens, cherchez la cause de sa toxine, ici le tube digestif, là les glandes endocrines, et lorsque vous aurez trouvé la source du poison, ce qui devient facile avec M. Page pour guide, vous aurez du coup votre canevas thérapeutique, vous ne pataugerez plus dans l'empirisme.

Telles sont les idées développées dans ce livre; à priori, on peut dire, comme de toutes les théories, qu'elles contiennent une part de vérité. Il est toutefois permis de se demander si l'auteur n'est pas trop absolu et n'exagère pas le rôle des auto-intoxications en diminuant parallèlement celui, si important, de la constitution psychopathique ?

Neurasthénie et Névroses. *Leur guérison en cure libre*, par PAUL LÉVY (in-16 de 400 pages, Paris 1910, F. Alcan, éditeur. Prix : 4 francs).

Le titre même de cet ouvrage en indique la portée; il établit, d'une façon aussi précise que possible, les conditions d'une cure vraiment sérieuse et *définitive*, dans les névroses. Or, ces conditions sont loin de coïncider entièrement avec celles qui sont classiquement admises. Elles se résument en cette formule : *Rééducation totale en cure libre*.

Il est désolant, à l'heure actuelle, de constater avec quelle facilité est mise en œuvre systématiquement cette méthode d'isolement, dont l'observation impartiale montre pourtant sans cesse qu'on peut fort bien se passer, et dont, bien plus, les malades eux-mêmes ne sont pas sans signaler ,dans bien des cas, les inconvénients certains. Considérée autrefois comme ayant une valeur curative propre, on veut y voir, surtout, aujourd'hui, une condition éminemment propice à l'emploi de la psychothérapie, dont l'importance primordiale n'est actuellement plus contestée. Et il n'est pas de cas tant soit peu intense, ou même de gravité très moyenne, où l'on ne voie préalablement exigée, imposée, cette mesure quasi-nécessaire, inéluctable, de l'isolement. On isole pour quelques crises nerveuses, on isole pour des manifestations neurasthéniques, des phobies, des obsessions. Toujours et partout, on proclame que le malade ne

peut être utilement traité, s'il n'est séparé de son milieu habituel, si on ne lui fait perdre tout contact, — même sous la forme indirecte et atténuée de la correspondance! — avec ses proches, s'il ne renonce à ses affaires, à ses occupations, malgré l'intérêt vital qui s'y rattache pour lui. On va jusqu'à instituer systématiquement l'isolement pour les simples dyspepsies nerveuses!

Or, une expérience clinique déjà suffisamment prolongée, et très attentivement méditée, a conduit l'auteur à s'inscrire très franchement contre cette doctrine si nettement affirmée, et si universellement répandue.

Mises à part quelques exceptions, il n'est pas douteux que, dans les névroses, — et, plus que partout ailleurs, dans ces troubles si divers que l'on étiquette sous le nom de neurasthénie, — le traitement libre ne soit possible, et ne l'emporte dans ses résultats sur le traitement pratiqué dans les conditions de repos et d'isolement systématiques.

L'expression vraie et juste du traitement des névroses, comme de la psychothérapie, restera : l'*Education de la volonté*.

Du reste, ce qui montre plus assurément encore que les promoteurs de la persuation n'ont pas encore atteint l'entière vérité, aussi bien pour la psychothérapie elle-même que pour le traitement des névroses, c'est précisément cette conciliation, cet accord qu'ils ont voulu établir entre ces deux termes : psychothérapie et isolement. La psychothérapie conçue sous sa forme éducatrice conduit forcément à la cure libre.

L'isolement, lui, n'a guère à son actif que d'être un dogme que l'on veut continuer à faire planer au-dessus des discussions, que ses adeptes prétendent pieusement transmettre aux autres, comme eux-mêmes l'ont reçu de leurs devanciers.

Les dogmes, une fois entamés, tombent vite. L'auteur s'est efforcé d'ouvrir largement la brèche dans le dogme intangible de l'isolement. La cure libre est le corollaire nécessaire de cette conception thérapeutique des névroses que synthétisent ces mots : *Education de la volonté*.

Partout dans les névroses le criterium, le point de repère, le fil conducteur, doit être cherché dans la notion éducatrice, dominant l'importance même de l'élément moral.

Ces conditions de cure libre, en faisant, en réalité, de l'éducation du malade nerveux un véritable *entraînement* pratique, sont les plus aptes, non seulement à exalter sa résistance morale, — premier point important, insuffisant cependant à lui seul, — mais à lui enseigner ce *gouvernement total de soi-même*, dans tout l'être, moral et physique, dans toute la vie, en lequel se résume le traitement des névroses. Ce sont elles qui permettent le mieux d'aboutir à une guérison vraiment complète et sincère, vraiment *définitive*.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des idées obsédantes (phobies, obsessions, trac des artistes) et de leur traitement

par M. le docteur A. VAN DER GHYS

Médecin à l'Institut Liébault, d'Amsterdam, dirigé par le Dr A. W. van Renterghem

Tant que nous ne reconnaissons pas dans l'hystérie et la neurasthénie des types pathologiques bien définis; tant qu'il ne règne pas d'unité dans la conception de ces deux névroses, il restera difficile de savoir s'il convient de ranger les cas isolés de phobie et d'obsession dans un cadre spécial de névrose anxieuse ou de névrose obsessionnelle (1) ou bien les répartir sous le chef de la neurasthénie et de l'hystérie.

Certaines phobies naissent sur un fond d'hystérie, de neurasthénie ou de constitution psychopathique, alors que d'aucuns (et leur nombre est respectable) se montrent isolés sans symptômes concomittants de grande névrose (2). Quelques auteurs, entre autres le professeur Oppenheim, de Berlin (3), sont d'avis que les cas de phobie comme symptôme unique sont d'une extrême rareté et que dans la plupart de ces cas, il existe une disposition neuropathologique.

Löwenfeld, d'accord avec les vues de Ziehen, Magnan, Janet, Freud et la majorité des auteurs, reconnaît les phénomènes obsessionnels comme des symptômes d'états morbides divers, qui cependant peuvent se montrer comme un état pathologique indépendant. Freud distingue en outre deux sortes de phobies :

a) Les phobies communes, concernant la peur pour des choses qui causent de la frayeur à tout le monde;

b) Les phobies d'occasion, constituées par de la peur pour des choses qui jamais n'effrayent une personne valide.

---

(1) Comp. FREUD. Sammlung Kleiner Schriften zur Neurosenlehre, 1906.

(2) ZIEHEN. *Psychiatrie*, 1902.

(3) *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 1902.

Gélineau (1) insiste sur l'existence de phobies, constituant à elles seules toute la maladie, chez des gens qui ne présentent aucune espèce de tare.

Il appuie cette assertion de l'observation suivente d'un confrère :

« Mon père avait une vieille tante, sans autres infirmités que celles de l'âge et parfaitement équilibrée ; seulement le tonnerre produisait chez elle une peur mortelle, de l'affaiblissement et les mêmes effets désastreux. Ayant entendu dire que le verre et la soie la garantiraient de la foudre, aussitôt que le tonnerre grondait, elle passait un jupon de soie et s'asseyait sur un vase à large ouverture, placé lui-même sur un tabouret à pieds de verre ; elle ouvrait ensuite sur sa tête un large parapluie de soie et attendait accroupie dans cette posture, la fin de l'orage. Et à chaque éclat un peu violent, répondait un écho tonitruant, résonnant dans le côlon, en même temps que s'épandaient dans la chambre des vapeurs sentant plus l'hydrogène sulfuré que la rose. »

Faut-il prendre cette observation au sérieux ?

La fantaisie et l'exagération ne jouent-elles pas un rôle dans cette histoire de l'aïeule d'un confrère ? Ne doit-on pas supposer qu'il est difficile de plaider l'absence d'autres symptômes morbides chez une femme qui se conduit d'une manière si bizarre ?

Quoi qu'il en soit, on doit concéder que des états obsessionnels peuvent se présenter isolés. On peut indiquer ainsi un état pathologique spécial, ce qui n'inclut pas qu'en ce faisant on reconnaît là dedans un type morbide indépendant bien défini.

Les observations, qui m'ont fourni matière à écrire cet article, et que je fais suivre ci-dessous, ont pour sujet la phobie professionnelle et plus spécialement le *trac* des musiciens. Les malades dont il s'agit, en outre d'une hérédité plus ou moins chargée, présentaient de l'instabilité de l'équilibre psychique. Je suis d'avis que dans la majorité des cas, la phobie chez l'artiste ne se montre pas comme symptôme isolé mais plutôt accompagné d'autres stigmates névrosthéniques ou hystériques.

Si, après Schopenhauer, Lombroso et d'autres illustres auteurs, nous reconnaissons la parenté du génie et de la folie et le fait que les deux se caractérisent par certains faussements de l'équilibre psychique, nous concevons aisément que l'artiste en général doive présenter des stigmates nerveux et montrer une disposition spéciale aux affections nerveuses. J'oserais presque avancer la thèse : l'artiste non nerveux n'est pas un vrai artiste.

Il est étonnant que, nonobstant l'énorme fréquence de la phobie

---

(1) *Revue de l'Hypnotisme*, 1896.

professionnelle, ce sujet ait si peu tiré l'attention des auteurs et que les traités de neuropathologie n'en font que rarement mention.

Bérillon fut le premier auteur, pour autant que je sache, qui a mentionné cette phobie sous le nom de « *trac* ». Je copie du volume intéressant de Hartenberg (*Les timides et la timidité*, 1901), le dialogue suivant tenu entre le maréchal Canrobert et Mme Brohan, dans le foyer des artistes du Théâtre français, peu avant de la première de *Le Monde où l'on s'ennuie*, ouï par Jules Claretie :

« Et qu'est-ce que vous avez donc, chère amie? demanda le maréchal.

» Ce que j'ai? Mon Dieu, c'est bien simple, j'ai le trac.

» Qu'est-ce que c'est que ça?

» C'est la peur, mon cher maréchal.

» Comment la peur, la peur?

» Au fait, c'est vrai, fit la comédienne en retrouvant alors son sourire, vous ne pouvez pas savoir! »

Et appelant l'huissier légendaire de la Comédie : « Picard! allez donc chercher et apportez-moi le dictionnaire de Bescherelle pour apprendre le français à M. le maréchal Canrobert qui ne sait pas ce que c'est que la peur. »

Plusieurs auteurs traitent, il est vrai, de *la phobie professionnelle* ; Janet (1), entre autres, distingue les « phobies du contact professionnel » visant avec cela par exemple la frayeur du barbier de se servir du rasoir, du chirurgien de manier le scalpel, etc., mais souvent ils répartissent le *trac* dans une autre classe de phobies. Et cela s'explique, car si nous analysons le *trac*, nous trouvons qu'il est composé de différentes sensations. Si l'on demande au malade : « Pourquoi n'osez-vous pas? » chacun d'eux donnera une réponse différente. L'un exprimera sa crainte que sa mémoire lui fera défaut, l'autre craint la présence de l'auditoire, un autre ne se fie pas à la collaboration du maître de chapelle, de l'orchestre, de l'accompagnateur, un autre encore a peur d'être pris de vertige dans une grande salle remplie de monde, etc.

Nous avons eu largement l'occasion de nous assurer de la fréquence de cette affection ici, à Amsterdam. Maint artiste a dû abandonner sa carrière, au moins n'a plus osé jouer ou chanter en public, à cause de cette misérable phobie qui le frappe d'impuissance.

Aussi, je crois faire œuvre utile en publiant des cas de *trac*. En présentant de nouvelles données, on peut comparer les résultats obtenus par divers auteurs, étudier les indications du traitement, poser le pronostic et, chose importante, on est en état de remonter

(1) *Les obsessions et la psychasthénie*, 1903.

le moral du malade en lui montrant les succès obtenus dans des cas pareils au sien.

La majorité de ces malades, en effet, sont en proie au doute, ils ont perdu toute confiance en eux-mêmes, ils pensent qu'aucun cas n'a présenté la même gravité et ont perdu tout espoir de guérir.

Van Eeden (1) traitant des obsessions, distingue quatre groupes d'états obsessionnels. Dans le deuxième groupe il range les *émotions obsédantes,* surtout l'angoisse, dans lesquelles une émotion momentanée, une impression que pourrait ressentir aussi bien un homme normal, mais qu'il réprimerait aussitôt, domine la volonté et la raison. Le point essentiel caractérisant cet état, est que les malades ne savent pas dire de quoi ils ont peur, ou bien s'ils allèguent une raison, c'en est une de circonstance. Parlant du traitement des états obsessionnels par la psychothérapie, Van Eeden est d'avis que la médication psychique donne des succès dans la majorité des cas et qu'il est fort rare que le malade n'en retire quelque bénéfice. Il ne faut pas vouloir guérir ces malades en s'obstinant à neutraliser leurs obsessions par d'autres idées obsédantes opposées, d'ordre hétéro-suggestif. On obtient beaucoup plus en se limitant à donner des suggestions générales apaisantes en vue de restaurer le calme, de rééduquer la volonté au lieu de s'appliquer à déraciner l'idée morbide par des suggestions contraires.

Dans un livre paru en 1894 (1), le docteur Van Renterghem relate le cas d'une élève du Conservatoire de musique d'Amsterdam, qui, gagnée par le *trac,* était incapable de sortir une note en présence d'un auditoire et même en présence de ses professeurs. Elle se trouva menacée de ne pas pouvoir finir ses études. Grâce à un traitement longtemps continué par la suggestion, tant à l'état de veille qu'à l'état de sommeil provoquée, la malade a réappris à chanter, d'abord devant ses professeurs, puis devant quelques amis, enfin devant le public. Elle a pu mener ses études à bien, a pu prendre part avec honneur à une tournée artistique en Europe et depuis lors a rempli les fonctions de professeur de chant à un grand pensionnat en Hollande pendant dix ans. Cette dame se trouve à cette heure depuis bientôt quatre ans au Transvaal où elle est attachée comme professeur de musique à un pensionnat et où, dans maintes occasions, elle chante dans les concerts. Voilà donc une guérison qui s'est maintenue depuis quinze ans.

---

(1) *Psychiatrische bladen,* 1890. *Revue de l'Hypnotisme,* 1890.

(1) *Psychothérapie.* (Compte rendu des résultats obtenus, etc.), écrit en collaboration avec le docteur F. VAN EEDEN, 1894. Paris, Société d'éditions scientifiques.

Gélineau (1) ne décrit pas le *trac* comme tel, aussi il n'en donne pas des observations. Il recommande cependant « le traitement moral » comme la médication de choix dans les phobies en général, qu'il subdivise comme suit :

1° Traitement général de l'état névropathique ;

2° Traitement de la cause présumée (débilité, surmenage) ;

3° Régime hygiénique, et

4° Le traitement moral proprement dit.

Il entend par ce dernier, relever le moral du malade en l'encourageant, en lui rendant la confiance en soi-même, par la rééducation de sa volonté. Ainsi il applique la suggestion à l'état de veille et finit au besoin à suggérer à l'état d'hypnose.

Plus loin il dit : « Le pronostic de cette névrose est favorable quand il s'agit de phobies essentielles, qui souvent guérissent, comme elles sont venues, c'est-à-dire spontanément, après trois mois, six mois, une année de durée. Mais il n'en est pas de même de celles survenues à la suite de chagrins, de peines, d'excès, ou de veilles, qui se compliquent de ralentissement de la nutrition. Celles-là évoluent dans un terrain favorable à leur développement, deviennent rapidement des phobies à répétitions ou à complications et pour les modifier et même les modérer, il faut absolument améliorer et changer le substratum, ce qui demande à la fois du coup d'œil, de l'étude et du temps. Il en résulte de même des phobies secondaires. Celles qui dépendent de la diathèse nerveuse sont moins graves que celles ayant une origine arthritique : la guérison de ces dernières n'est en effet rien moins que sûre et elle ne s'obtiendra qu'avec des soins constants et une attention soutenue, etc.

Dans un article : « Le trac des chanteurs », le docteur Bérillon (1) relate cinq cas traités avec succès et qu'il avait déjà décrits en 1897. Lui aussi taxe la majorité des artistes de névropathes et fait remarquer comment des artistes de talent se sont vus obligés d'abandonner leur carrière à cause du trac.

Le pianiste Pugno déclare lui-même que maintenant encore il éprouve à chaque concert qu'il donne cette même émotion morbide qui l'a incommodé dès ses premières armes. Il a surtout peur que la mémoire ne lui fasse défaut, aussi ne peut-il se résoudre a jouer sans musique, quoi qu'il connaisse parfaitement la pièce par cœur.

Le *trac* se montre surtout à l'approche des examens du Conservatoire.

---

(1) *Des peurs maladives ou phobies*, 1894.

(1) *Revue de l'Hypnotisme*, 1903.

Bérillon est d'avis que comme traitement du *trac*, « la psychothérapie seule est efficace. Ce traitement consiste essentiellement, dit-il, dans l'application d'une méthode rigoureuse dont voici les temps principaux :

1° *Provoquer l'état d'hypnotisme*, c'est-à-dire un état physiologique caractérisé par la diminution des diverses activités de l'esprit et par l'augmentation de l'automatisme psychologique.

2° *Procéder par des suggestions d'ordre général* à la rééducation de la volonté du malade et à la formation de son caractère.

3° *Réaliser par des suggestions particulières* la représentation mentale des conditions dans lesquelles se manifeste le trac.

4° Lorsque ces suggestions ont reproduit artificiellement l'état anxieux, neutraliser les images mentales génératrices de l'anxiété et arriver à accoutumer l'esprit à les supporter sans émotion.

L'application systématique de ces procédés psychologiques, en y associant les médications indiquées par l'état général du malade, amène des guérisons remarquables par leur durée.

Le docteur Paul Farez (1) décrit un cas de *trac* qu'il traite avec grand succès par la suggestion hypnotique.

Dans le même numéro de la *Revue de l'Hypnotisme*, le docteur Jules Voisin, relatant un cas analogue, insiste sur la grande valeur de l'hypno-suggestion. Il est parfaitement vrai, d'après Farez, comme dit aussi le docteur Bérillon, que le *trac* se montre surtout chez les musiciens exécutants. Ils se surmènent du matin au soir, ils se soucient peu de leur entourage, leur éducation générale laisse souvent à désirer par suite de leurs études spéciales, ils sont comme monoidéisés par une idée fixe.

M. Lionel Dauriac aussi concède que la musique est un facteur qui peut contribuer à faire perdre l'équilibre psychique. Aussi il recommande aux musiciens : « Ne personnifiez pas votre morceau, ne vous laissez pas prendre par votre émotion, oubliez-vous vous-même, passez du subjectif à l'objectif, mettez en valeur les grandes lignes de la composition musicale que vous interprêtez, etc. »

Farez (1) distingue trois formes de *trac* :

1° La forme ordinaire, commune, banale (presque normale quand elle est peu intense) ; il survient d'emblée, à titre de phénomène émotionnel dont les paroxysmes s'accompagnent de désharmonie fonctionnelle, avec angoisse, agitation, perte de mémoire, etc. ;

2° Le trac résultant de la diathèse de scrupule, par exempie, un virtuose inquiet, douteur, se demandant s'il sait son morceau, s'il

---

(1) *Revue de l'Hypnotisme*, 1905.

(1) *Revue de l'Hypnotisme*, 1906.

n'aura pas d'absence de mémoire, s'il ne fera pas de fausse note, etc.;

3° Une troisième forme survient secondairement, elle aussi, non plus à un état mental spécial, mais à une asynergie (congénitale ou acquise) des diverses images mentales.

On peut suivre différentes méthodes pour apprendre par cœur. On peut y arriver en lisant simplement (par *images visuelles*), en lisant à haute voix (par *images auditives*), en écrivant (par *images graphiques*). Chez un individu normal il y a collaboration normale, les méthodes sont *synergiques*.

Dans beaucoup de cas il se montre de l'*asynergie*. Cette asynergie peut quelquefois prouver être supérieure; le peintre est le plus souvent un *visuel*, le musicien un *auditif*. L'auteur cite trois observations intéressantes de *graphiques* dans lesquelles il réussit à guérir les malades par un traitement psychologique prolongé.

Le pronostic des *graphiques* serait des moins favorables. Ces malades doivent s'appliquer à rassembler les différentes images par l'exercice, par exemple, tandis qu'ils lisent ou écrivent, ils auront à prononcer à haute voix ce qu'ils lisent ou écrivent tout en s'écoutant parler attentivement. « Ainsi se grave dans la mémoire un faisceau de quatre sortes d'images synergiques, équivalentes, capables avec le temps et la répétition, de se substituer les unes aux autres, spontanément, sans aucune hésitation. »

A propos d'un autre cas communiqué par cet auteur, Farez (1), après Bérillon, insiste sur l'avantage de transplacer le malade en imagination, sous la faveur du sommeil provoqué, dans la situation fâcheuse redoutée et de la lui faire vivre de nouveau, tout en surveillant ses fonctions physiologiques.

Tous les traqueurs traités par Farez présentaient, en dehors de leur trac, des troubles somatiques tels que : spasme respiratoire, éréthysme cardiaque, hypertrophie du cœur, hypertension artérielle, etc. Aussi faisait-il précéder la psychothérapie de la médication physiologique ou bien en appela-t-il au concours des deux méthodes.

Ziehen (2) reconnaît dans la psychothérapie, la médication d'élite, quoique encore insuffisamment étudiée, des obsessions; il insiste sur la méthode par la distraction (permulcirende methode).

On commence à soumettre le malade à une cure de repos au lit de quelques semaines pendant laquelle on entretient la vigueur et l'énergie du système musculaire par le massage, l'électricité, etc. Puis on fait suivre la théapie de la rééducation.

---

(1) *Revue de l'Hypnotisme*, 1906.
2) ZIEHEN. *Psychiatrie*, 1902.

On accoutume le malade d'étape en étape à survaincre les difficultés, ses peurs morbides. Il va sans dire que le médecin doit jouir de la confiance du malade. C'est sous ces conditions seulement, qu'il réussit à rassurer son patient, à le garantir qu'il ne court aucun danger. Le médecin peut encore se servir avec fruit de l'arme de la récompense et de la punition, son tact devra le servir dans l'application de ces moyens à chaque individualité et surtout sa sympathie pour le malade.

La distraction par le travail est encore un levier puissant pour mettre en œuvre. Lè tout doit être soutenu par la suggestion verbale à l'état de veille.

MM. Raymond et Janet (1), à la fin de l'introduction de leur excellent ouvrage, émettent l'avis qu'en sus des soins hygiéniques, il faut au psychasthénique le *traitement moral*. Un changement de milieu, une simplification de la vie, la direction de l'esprit, la gymnastique de la volonté, de l'attention, de l'émotion même, restent les meilleurs moyens pour son traitement.

« Malgré l'importance de la thérapeutique physique, poursuit Janet, il est incontestable que le traitement moral a plus d'influence qu'elle, et que bien souvent il la rend inutile. »

Löwenfeld (1) croit que les phobies, même celles qui ont persisté pendant plusieurs années, peuvent disparaître pour toujours ou du moins montrer des rémissions fort longues. Il arrive souvent que des malades qui se présentent pour la première fois à la consultation se rappellent avoir eu des idées obsédantes autrefois. L'auteur a spécialement en vue les phobies fonctionnelles qu'il range sous le chef d'émotions obsédantes, l'état nerveux qui se présente chez les musiciens et chanteurs qui ont à paraître devant le public et surtout chez les solistes. Dans un cas observé par lui, le malade présente des troubles cardiaques fonctionnels, des congestions actives. Trois sœurs du malade se plaignent également de sensations obsédantes. Löwenfeld recommande de s'informer de la vie sexuelle du malade et d'y mettre bon ordre au besoin de régler le régime, le temps du travail, de défendre l'alcool, le tabac, le café; on examinera la cavité naso-pharyngienne et instituera un traitement *ad hoc* s'il y aurait des végétations adénoïdes; on s'assurera de l'absence de troubles gastriques, de l'anémie, etc. Il rappelle que les médecins ont tort qui ne reconnaissent que dans la thérapie somatique la médication appropriée et négligent la psychothérapie. Le plus grand tort est procuré ainsi aux malades qu'on continue à droguer, à envoyer aux eaux, dans les maisons de santé, sans qu'ils en reti-

(1) *Les obsessions et la psychasthénie*, II. 1903.
(1) *Die Psychische Zwangs-erscheinungen*, 1904.

rent quelque notable bénéfice. Les cas d'obsession à base hystérique ou neurasthénique réclament un traitement général de la diathèse, tandis que les phobies monosyptomatiques demandent un traitement spécial du symptôme.

Comme médicaments chimiques, Löwenfeld prescrit les hypophosphites, le kola, les bromures et dans les états d'angoisse, d'opium. Comme psychothérapie il commence par rassurer le malade, en lui donnant l'explication de son état, puis il s'applique à détourner son attention des idées morbides par le travail et les amusements, à renforcer sa volonté. L'affirmation à l'état de veille « vous pouvez » peut suffire ; souvent la suggestion larvée, par exemple, sous la forme d'un médicament (bromure), d'un bain à prendre dans le but d'aider le malade à survaincre quelque difficulté, fait mieux, tandis que la suggestion à l'état de sommeil hypnotique promet le plus grand succès. L'auteur est d'avis que l'application de l'hypnothérapie est plus avantageuse comme traitement des phobies que la méthode psycho-analytique de Freud. Le malade peut se guérir lui-même par une gymnastique psychique méthodique. Il apprend ainsi à survaincre ses phobies en s'accoutumant à remplir des tâches — qu'il s'impose lui-même — toujours plus difficiles. Un changement de milieu peut être indiqué.

Freud voulait au début de ses expérimentations débarrasser le malade, pendant l'état d'hypnose, de sa lésion psychique enclavée. Le malade doit revivre pendant le sommeil provoqué la scène première qui a donné naissance aux symptômes de la maladie et réveille ainsi des associations anciennes restées latentes. Or, Bernheim (2) ayant démontré que l'amnésie somnambulique n'est pas absolue dans ce sens que l'opérateur en usant de quelque tact serait en état de rappeler à la mémoire du sujet réveillé, tout ce qui s'était passé pendant son sommeil et ce qu'il semblait avoir oublié, Freud, dans ses expérimentations récentes, s'est passé de l'hypnose et a procédé à l'analyse en priant simplement le sujet éveillé à se recueillir, à concentrer son attention le plus que possible sur toute idée qui se présenterait à son esprit et de la dire à haute voix sans réticence aucune, même quand il croirait qu'elle n'a pas d'importance. Il prétend arriver à des résultats parfaitement égaux à ceux obtenus chez les sujets hypnotisés. Cette innovation présente l'avantage que Freud peut ainsi faire profiter de sa méthode les malades non ou difficilement hypnotisables. Jusqu'ici il a omis de donner de plus amples renseignements sur sa méthode. Il reconnaît qu'il n'y a qu'une

---

(1) **Breuer** und **Freud**. *Studien ueber Hysterie*, 1895.

(2) **Bernheim**. *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie, avec considérations nouvelles sur l'hystérie*, 1903.

certaine classe de malades présentant les conditions requises à être soumis avec fruit à la méthode analytique.

Les candidats doivent disposer d'un certain degré d'intelligence naturelle et de développement moral. On n'obtient rien chez le malade sous le coup d'une dépression mélancolique ou présentant de la confusion d'esprit; il faut qu'il soit revenu à l'état normal pour pouvoir opérer sur lui. Les individus présentant des défauts de caractère très prononcés ou de dégénération grave, se montrent plutôt revêches à l'analyse, et les personnes âgées au-dessus de la moyenne présentent un passé psychique trop chargé d'incidents vécus pour attendre qu'on puisse les soumettre avec succès à cette méthode.

En somme, dans son application, la psycho-analyse exige de l'expérience et du tact qu'il faut tâcher d'acquérir de son propre fond, chaque opérateur doit se frayer son chemin; ce qui fait reculer maint confrère à tenter l'essai de cette méthode craignant de porter du dommage au malade.

Freud (1) est d'avis que la psychothérapie suit différents chemins et présente plusieurs modes d'opérer. Tous sont bons s'ils mènent au but, à la guérison du malade. Tels sont la suggestion hypnotique, la thérapie par le détournement de l'attention, par l'exercice, par l'éveil d'émotions.

Il se servirait de toutes ces méthodes quand l'indication se présenterait, seulement l'intérêt scientifique qu'il porte à l'analyse psychique lui a fait résoudre à concentrer ses efforts sur l'étude de cette méthode. Elle trouverait tout spécialement son indication dans les états obsessionnels.

Le professeur Cramer (1), dans le traitement des névroses, se sert de la psychothérapie. Il prétend pouvoir se passer parfaitement de l'hypnose. Cependant ce que cet auteur veut faire passer comme suggestion à l'état de veille n'est toute bonnement, dans beaucoup de cas que de la suggestion à l'état de sommeil plus ou moins prononcé. Beaucoup d'auteurs sont dans le même cas que lui, ils croient éviter la suggestion hypnotique et ils provoquent le sommeil inconsciemment. Cramer s'applique à gagner la confiance du malade, il écoute patiemment ses plaintes et doléances, il lui donne des occupations pour détourner son attention, il sait l'animer ou l'apaiser selon le besoin du moment, il lui promet la guérison. La suggestion anime toutes ses prescriptions et les médications qu'il met en œuvre portent l'empreinte du facteur psychique; quelque chose

---

(1) FREUD. *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosen-lehre*, 1906.

(1) CRAMER. *Die Nervosität, ihre Ursachen, Erscheinungen und Behandlung*, 1906.

réside dans elles qui donne au malade la conviction que *cela* l'aidera.

Grasset (1) enjoint ses lecteurs de ne pas confondre la suggestion à l'état de veille avec la persuasion. Il n' ya pas, pour cet auteur, de suggestion vraie à l'état de veille complète. Si la suggestion qui porte sur l'état de veille n'est qu'apparente, le sujet se trouve en réalité en état d'hypnose partielle sans en offrir les phénomènes extérieurs.

Hartenberg (2) distingue dans le *trac* deux phases : celle avant la représentation (le concert) et celle en présence du public. La deuxième phase reconnaît trois grades d'intensité. Quant au traitement, après avoir fait la part de l'*auto-thérapie*, c'est-à-dire des manœuvres et expédients dont se sert le malade lui-même pour parer le mieux à son invalidité, il insiste, ayant spécialement en vue le traitement de la timidité, sur les prescriptions suivantes :

1° Vie hygiénique;

2° Régularisation du régime;

3° La physiatrie;

4° L'éducation de la motilité volontaire en premier lieu par des mouvements méthodiquement réglés, etc.;

5° Un emploi judicieux de la suggestion verbale.

Il entend par là animer, soutenir, encourager le malade, lui rendre la confiance en ses propres forces. Dans le *trac* proprement dit, l'auto-thérapie peut avoir du succès. Il cite quelques exemples, comment les artistes, entre autres Sarah Bernhard, réussissent à dissimuler le trac.

Hartenberg commence la cure par le traitement général du système nerveux qui est continué durant une à plusieurs semaines. Il commande le repos qu'il obtient en prescrivant de l'opium. Il emploie ce temps pour suggérer au malade qu'après la restauration de l'état nerveux général, l'angoisse qui n'est qu'un phénomène secondaire, disparaîtra de soi-même. Il évite avec intention de parler au malade de son angoisse. Puis il procède à accoutumer le malade à sa phobie, à lui donner de l'indifférence pour elle par des exercices méthodiques appropriés. Il l'accompagne au lieu du danger, le remet dans les circonstances fâcheuses qu'il craint et le force alors en l'encourageant tout le temps, de vaincre l'émotion et de réaliser l'acte voulu. Ainsi la confiance en soi-même revient de petit à petit.

Oppenheim (1) reconnaît différents types de phobies. Entre autres, il nomme la topophobie ou phobie de la situation, trouble qui se présente pendant l'exercice de la profession. Le pronostic est

---

(1) GRASSET. *Thérapeutique des maladies du système nerveux*, 1907.

(2) HARTENBERG. *Les timides et la timidité*, 1901.

(1) OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 1902.

peu favorable. Le mal est généralement tenace mais diminue à la longue sensiblement, de sorte que le malade apprend à maîtriser son angoisse. Des rémissions prolongées se présentent et dans la minorité des cas, on voit les malades se rétablir complètement.

Au début de la cure il recommande au malade d'éviter pendant assez longtemps tout ce qui peut éveiller son angoisse. Plus tard, il apprend à l'accoutumer par des exercices systématiques à la situation qui éveille la phobie. La psychothérapie est la médication de choix non seulement pour les phobies, mais aussi au délire du doute et aux autres états parentés aux phobies. Dans toute médication dirigée contre les états obsessionnels, la suggestion joue un rôle capital. Oppenheim cite deux cas dans lesquels la suggestion hypnotique lui valut du succès. Il faut savoir se mettre dans la peau du malade, dépister l'origine des associations morbides et tâcher de trouver ainsi le défaut du bouclier. Il faut veiller aussi à donner au malade l'occupation qui convient à son individualité.

Les vues de Dubois, de Berne (1), qui condamne l'hypnose et la suggestion, et ne veut entendre que d'une *persuation loyale* éliminant toute idée de suggestion, feront l'objet de ma critique plus bas.

Quackenbos, de New-York (2) est partisan de l'hypnose dans son traitement du *trac* des artistes. Il décrit comment il faut savoir accommoder les suggestions aux circonstances et à l'individualité du malade. Il peut être utile, dit-il, de suggérer aux chanteurs qui communément se forment un idéal : « Vous disposerez de la force dramatique d'un Nordica, vous chanterez avec la facilité d'une Melba, avec le timbre sonore d'une Edith Walker, votre voix atteindra la magnificence de Schumann-Heink! » Il cite quelques cas qui démontrent l'excellence du traitement par la suggestion.

Joire (1) voue dans son traité tout un chapitre au trac des artistes. Ses considérations empruntent surtout leur intérêt à l'analyse théorique et la classification du sujet, qu'aucun auteur avant lui n'a fait d'une manière si complète et avec une si grande connaissance des choses.

Pour lui, la suggestion hypnotique constitue le traitement d'élection du trac. Avant d'aborder le traitement proprement dit, il s'agit de placer le sujet dans un état tel qu'il soit apte à recevoir efficacement les suggestions. L'état hypnotique du sujet étant obtenu, la suggestion pourra être faite directement, si l'on a affaire à un sujet qui n'a pas encore éprouvé le trac mais qui vient se prémunir contre un accident possible. Il faut opérer différemment si on a entre les

(1) *Principes d'une psychothérapie rationnelle*, 1903.
(2) QUACKENBOS. *Hypnotic therapeutics in theory and practice*, 1908.
(1) JOIRE. *Traité de l'Hypnotisme*, 1908.

mains un sujet chez lequel la phobie est plus ou moins invétérée. Ici, il faut décomposer la phobie et attaquer successivement chacune de ses parties. Le sujet une fois rendu apte à réaliser les suggestions, il faut travailler à la rééducation de sa volonté. Il faut suggérer au malade de vouloir se guérir, puis de vouloir être maître de lui, ensuite on éveillera la volonté de réussir. On lui apprend alors à supprimer le doute, on l'excite à travailler et à faire des progrès. Son art doit être pour l'artiste un idéal qu'il a toujours devant les yeux.

Il ressort de ce qui précède que dans ses conversations avec le malade, le médecin ne parle pas de peur ni de phobie; il s'applique à fortifier sa volonté, à supprimer le doute, à lui rendre de la confiance en lui-même et de la hardiesse, mais il ne prononce ni les mots de peur ni de phobie. Il continue cette façon d'agir à plus forte raison durant les exercices d'accoutumance. Joire soumet ses malades pendant l'état d'hypnose aux difficultés redoutées, il les place dans des circonstances d'abord simples, puis dans d'autres de plus en plus difficiles. Pendant ces exercices, l'auteur fait des observations sur la voix, sur le geste, sur l'expression, etc., et entretient le malade sur l'un et l'autre, captivant son attention qu'il détourne ainsi de la peur. Quand le malade a fait suffisamment des progrès, il lui fait répéter les mêmes exercices à l'état de veille. Juge-t-il le sujet capable de reparaître devant le public, il lui rend service, dans une première épreuve, en accompagnant l'artiste, en se tenant non loin de lui. Son action de présence donne confiance au malade et assure le succès. Après quoi le sujet peut être jugé guéri de son trac.

Joire insiste sur l'institution d'un traitement général qu'il juge bon d'employer simultanément avec le traitement spécial hypnotique qui s'applique à la phobie. Au début, une cure de repos est souvent utile, elle sert tout à la fois de préparation au traitement hypnotique et de traitement général. L'hydrothérapie est un moyen qu'on peut employer déjà pendant la période de repos et continuer après. Une application méthodique de la gymnastique de chambre, suivi de l'exercice de la bicyclette pour développer la vigueur musculaire, activer la respiration et qui, exigeant l'observation de l'équilibre, force à une attention spéciale qui occupe l'esprit et le distrait de ses pensées habituelles.

L'électricité, surtout sous forme des courants statiques induits, dits de Morton, vient souvent dans certains cas prendre une part très utile au traitement. Après avoir nommé les avantages de la photothérapie, il donne quelques prescriptions d'hygiène et de régime. Il faut surveiller l'alimentation et interdire l'alcool, le café, le thé, le tabac et tous les excitants du sysème nerveux.

* * *

Après avoir résumé les modes de traitement prônés par les différents auteurs, nous nous croyons en droit de conclure que dans tous le rôle principal se trouve rempli par la psychothérapie et plus spécialement par la suggestion. Cette conclusion nous conduit à nous poser la question : *Est-on tenu, dans l'application de la suggestion, à se limiter à un seul et spécial mode de suggérer?* Nous sommes d'avis que non. Tous les modes pourront servir, et le choix doit être dicté par les circonstances spéciales de chaque cas donné.

En contradiction avec le docteur Lloyd Tuckey (1) qui émet l'avis que, dans la cure des phobies, la suggestion hypnotique est le seul traitement recommandable, nous sommes d'opinion que le médecin expert en la matière faisant la part de l'individualité du sujet, des circonstances spéciales, pourra sagement choisir entre la suggestion directe à l'état de sommeil plus ou moins profond, à la suggestion à l'état de veille, à la persuasion, au raisonnement, à la rééducation méthodique de la volonté ou bien à la suggestion cachée dans un traitement chimique, physique, hygiénique ou diététique quelconque, ou bien encore à une combinaison de ces facteurs. Les opinions contraires de médecins neurologistes de renom nous ont souvent donné à penser. Comment des savants éminents peuvent prétendre par exemple que l'élément suggestion ne paraît pas dans la persuasion et le raisonnement nous reste chose incompréhensible et ne peut guère être expliqué qu'en reconnaissant que la notion *suggestion* est mal définie.

Bernheim propose de remplacer la notion de concentration de l'attention nommée état hypnotique par état de suggestibilité.

Van Renterghem (1) dans son rapport sur la psychothérapie émis au Congrès d'Amsterdam de 1907, écrit : « La suggestibilité existe à l'état de veille, la catalepsie, la contracture, les hallucinations peuvent être réalisés sans sommeil et sans qu'on ait cherché à le produire. Le sommeil lui-même est une suggestion, etc. », et plus tard, parlant de Bernheim, Forel, Bonjour, Magnan, Regnault et de leurs critiques des idées de Dubois et de Déjerine : « Tous, analyse faite de leurs publications, sont d'accord que les auteurs qui la malmènent tant, font de la suggestion à l'état de veille; qu'ils ne négligent pas même de se servir à l'occasion de l'affirmation, tout en croyant se tenir au seul raisonnement; que la contribution de M. Dubois surtout, excelle à démontrer ce que la suggestion à l'état de veille permet d'obtenir; qu'ils agissent sur la suggestibilité sans

---

(1) Compte rendu du Congrès International de Neurologie, etc., tenu à Amsterdam, 1907.

(1) La Psychothérapie dans ses différents modes. Rapport émis au Congrès International de Psychiatrie, etc., tenu à Amsterdam, 1907.

le vouloir et sans pouvoir l'empêcher; enfin qu'ils se trompent, s'ils supposent que les médecins-hypnotiseurs méconnaîtraient le rôle du raisonnement et de la conviction logique. »

Dans la première leçon, M. Dubois (1) nous apprend : que l'homme à l'état normal est beaucoup plus crédule qu'il ne s'imagine, qu'il est suggestible au premier chef. Dans sa brochure : *De l'influence de l'esprit sur le corps*, le même auteur dit encore : « C'est par le commerce avec nos semblables, par les idées qu'ils nous suggèrent, que nous pouvons corriger nos défauts, cultiver nos qualités et sans doute, ce sont des idées que nous transmettent nos semblables par la parole, par le livre; ce sont des idées que nous emmagasinons sous l'empire des suggestions étrangères. »

Comment se fait-il que ce même auteur puisse prétendre que la suggestion ne soit pour rien dans son raisonnement et sa persuasion? La position sociale de professeur d'université et la renommée de médecin ne comptent-elles pas comme élément suggestif? N'est-ce pas souvent la confiance inspirée par les paroles du médecin plutôt que les arguments employés par lui qui décident le malade à suivre ses conseils?

Dans la cinquième édition de son excellent traité (1), le professeur Aug. Forel émet l'avis que les phénomènes de la suggestion observés pendant l'état d'hypnose peuvent tout aussi bien se réaliser à l'état de veille, partant, qu'ils sont identiques. Il conclut que la psychothérapie de Dubois (dite rationnelle) n'est qu'un des modes de la suggestion.

Le docteur Joire, au contraire, dans son livre cité, n'admet pas l'existence de la suggestion à l'état de veille. L'état de suggestibilité, requise pour la réalisation d'une suggestion, n'existerait pas à l'état de veille. Le sujet éveillé peut être persuadé et non pas suggéré.

Comme nous avons déjà observé plus haut, les opinions divergentes des auteurs s'expliquent aisément du moment qu'on prend en considération les définitions également différentes données aux notions : état d'hypnose, état de veille, suggestion, persuasion.

Aussi longtemps qu'une définition de ces notions, satisfaisante à toutes les opinions, ne sera pas officiellement reconnue et acceptée, on contiuera à s'escrimer de paroles en l'air, tandis que pour le fond de la question les psychothérapeutes soient unanimes.

On se plaît beaucoup trop encore à considérer l'état d'hypnose comme quelque chose de très étrange, de mystique! Le grand public continue à voir dans l'hypnose de la magie qui expose le sujet au

---

(1) DUBOIS. *Les Psychonévroses et leur traitement moral*, 1904.

(1) Aug. FOREL. *Der Hypnotismus oder die Suggestion und Psychotherapie*, 1907 (5e Auflage).

danger d'être réduit à l'esclavage et de perdre sa volonté et son individualité.

Cet état de choses est la conséquence naturelle des récits fabuleux qui, dès son début, ont été répandus à son compte par les publications, des pièces de théâtre telles que *Trilby*, et par les représentations publiques des hypnotiseurs de tréteaux.

Le mode de suggestion choisi par l'opérateur nous semble importer peu du moment que le sujet n'encourt aucun danger et que le succès obtenu reste égal. Il existe des états de l'esprit, prêtant à des qualifications différentes qui trouvent leurs analogies dans les cas-limites en psychiatrie.

Quand on réussit à faire changer quelqu'un d'opinion en raisonnant avec lui, faut-il attribuer le succès à la persuasion ou bien à la suggestion ; le sujet était-il en état d'hypnose ou bien était-il éveillé ? Si l'on arrive à guérir son malade de troubles nerveux par l'apposition de deux électrodes sur deux points quelconques de son corps, la guérison doit-elle être mise sur le compte de l'électrothérapie ou bien sur celui de la suggestion ?

Si, pour se rappeler quelque chose, l'on ferme un moment les yeux, ou qu'on se pose la main sur le front, ou le doigt le long du nez (opération souvent mise en œuvre pour concentrer ses pensées), cet acte se fait-il en auto-hypnose ou à l'état de veille ? Sous ces conditions, on peut être tellement absorbé que les excitations extérieures n'arrivent pas dans le champ de notre conscience. Dans cet état de distraction nous pouvons même procéder inconsciemment à des actes très compliqués dont après, nous ne gardons aucun souvenir. Quand un homme, faible de caractère, agit sous l'influence d'un tiers, a-t-il procédé à cet acte à l'état d'hypnose ou à celui de veille ou bien s'est-il laissé persuader ? La mère qui console son enfant et le rassure que ce n'est rien quand il pleure et s'est fait mal en tombant, agit-elle par persuasion ou bien par suggestion ?

Que fait-on quand on introduit dans son cabinet une personne qui désire nous confier un secret ou nous demander un conseil et qu'en lui offrant un bon siège, on ferme porte et fenêtres ? On exclut les excitations nuisibles du dehors, on met son interlocuteur à l'aise et lui permet de concentrer avec plus de facilité son attention. Cette personne faut-il la croire éveillée ou se trouve-t-elle, grâce à sa suggestibilité plus ou moins grande, dans quelque état d'hypnose ?

Il peut arriver qu'à l'église durant le prêche quelque personne soit tellement touchée par le sermon, qu'elle tombe en extase ! Faut-il conclure de là que le prêche ait hypnotisé, suggéré ou bien persuadé cette personne ?

Quand un maître de chapelle inspire son orchestre, sait entraîner ses musiciens, quelquefois même contre leur gré (supposons le cas que le directeur leur soit antipathique) et qu'il arrive à une exécu-

tion sublime de l'œuvre musicale, alors que la même pièce dirigée par un directeur de moindre talent reste mal traduite et manque son effet; à quoi doit-on attribuer le succès d'une part et la déconfiture dans l'autre de ces cas?

On pourrait multiplier à l'infini de telles questions. Partout dans la vie nous sentons l'influence et remarquons l'action réciproque qu'exercent sur nous les personnes, les choses, les circonstances! Et dans tout cela, la suggestion joue le rôle principal. Comment tracer d'ailleurs une limite entre les états de veille et d'hypnose légère, où nous passons continuellement dans notre vie de tous les jours inconsciemment d'un état dans l'autre? Il s'agit en cette matière plutôt d'une différence d'appréciation que d'une différence essentielle. Quand on exclut l'hypnose profonde et le somnambulisme, on peut ranger les autres phases de la suggestibilité aussi bien sous le chef d'état de veille que sous celui d'état de sommeil. Si nous nous rendons bien compte que toutes nos pensées et tous nos actes sont la conséquence d'impressions reçues de dehors, suggérés pour ainsi dire par le monde extérieur, d'une part, et, d'autre part, par les impressions que nous recevons de nos organes, on pourrait dire que notre constellation psychique comporte toujours un état de suggestibilité ou d'hypnose plus ou moins prononcée.

Nous ne pensons ni agissons spontanément; nos actes résultent de l'éveil d'une association qui en déclanche une autre, de la transformation d'une excitation en sensation et mouvement.

Il est intéressant à observer comment on peut éveiller et prédire d'avance quelque association voulue chez son interlocuteur en changeant de sujet durant une conversation et en portant l'attention de la personne sur un sujet spécial.

Ne faut-il pas taxer d'être mûs de prévention réprouvable les auteurs qui décorent le traitement par la suggestion à l'état de veille ou à l'état de suggestibilité rehaussée, du vocable hypnotisme et qui discréditent ce même traitement pour la raison seule que c'est de l'hypnotisme?

Or, peut-on se figurer une médication moins innocente que ce même traitement? Voici en grands traits une esquisse de la psychothérapie en question, telle qu'elle est pratiquée à la clinique Liébault (1). Le malade, introduit dans une chambrette bien à l'abri du bruit de dehors, est installé dans un bon fauteuil. Le médecin qui a procédé d'avance à un examen de ses organes, s'assied près

---

(1) Comp. VAN RENTERGHEM. La Psychothérapie dans les différents modes. Rapport émis au Congrès international de Psychiatrie d'Amsterdam, septembre 1907.

VAN RENTERGHEM. Kort Begrip der psychische Geneeswijze, 1904.

de lui et entame la conversation. Il donne au sujet l'occasion de narrer ses maux, de conter ses peines, puis s'applique dans le mesure du possible à soulager, lui explique de son mieux l'état de sa maladie, se mettant pour cela au niveau de l'intelligence du malade et enfin lui donne les conseils requis par son état spécial. La conversation finie, le médecin invite le malade à récliner la tête, à se recueillir en fermant les yeux, puis lui posant la main sur le front, il lui répète d'une voix douce et insinuante sous forme de suggestions calmantes ou animantes les mêmes observations ou conseils donnés précédemment en variant le thème à l'infini et enfin l'engage de ruminer les suggestions pendant un temps plus ou moins long, selon le besoin.

Il nous semble que la manière d'opérer que nous venons de décrire ne peut jamais nuire au sujet ni donner lieu à supposer qu'elle relève de quelque influence mystérieuse ou mystique. Il nous semble encore qu'en opérant de la sorte, nous savons mieux ce que nous faisons qu'en soumettant le malade, par exemple, à un traitement par l'électricité dont nous ne connaissons pas suffisamment l'essence mais dont l'usage thérapeutique a reçu la sanction officielle et qui est couramment employé de chaque médecin.

Il importe peu quel nom on veut donner à ce traitement, mais nous sommes d'avis qu'il ne mérite pas le sobriquet de thaumaturgie que lui donne M. Dubois.

De même que M. Dubois évitera de donner une séance de persuasion à son malade en se promenant avec lui dans une rue bien fréquentée, de même nous aimons à lui donner nos suggestions dans un milieu calme, bien approprié, où il peut librement s'épancher.

Ce milieu repose l'esprit et est en soi d'une influence salutaire.

L'hypnose et la suggestion constituent pour beaucoup de gens des véritables épouvantails!

Beaucoup de médecins, surtout les anciens, s'en détournent avec un haussement d'épaules et en parlent d'une manière qui témoigne de leur ignorance et de leur incompétence absolue en cette matière; ils avertissent leurs malades des dangers qu'ils encourent (la perte de leur individualité, par exemple) en s'adonnant ou se soumettant à ces procédés de magie.

Nous sommes convaincus que le traitement tel qu'il est suivi à la clinique Liébeault est exempt de tout danger pour le malade.

Voici en résumé notre règle de conduite dans le traitement du *trac*.

Après l'examen somatique qui permet de constater l'absence de lésions organiques compliquant ou causant les troubles nerveux présentés par le malade, on lui prescrit un régime approprié à son état. On insiste surtout sur une vie hygiénique bien réglée, une nourri-

ture saine et abondante, la défense d'excitants nuisibles (alcool, tabac, café, thé), la régularisation de l'exercice du corps au grand air (gymnastique, promenades, équitation, bicyclette, escrime, natation). Après quoi, on procède aux séances de suggestion données dans une chambrette appropriée, comme nous venons de décrire ci-dessus, milieu propice par excellence à la concentration de l'attention et à faire accepter la suggestion. Il s'agit maintenant de tâcher de gagner la confiance du malade; il faut qu'il sente que nous pouvons l'aider. On doit le mettre à l'aise, de sorte qu'il puisse dire, sans réticence aucune, tout ce qui l'incommode, tout ce qu'il a sur le cœur, alors que nous l'écoutons avec patience et tâchans d'approfondir son état d'âme, d'étudier son entourage, de scruter sa vie de chaque jour, d'apprendre à connaître les suggestions contraires, conscientes ou inconscientes émanant de ses parents et amis. L'analyse et l'étude de l'état d'âme du malade faites, on remonte à l'origine du mal, puis on procède à rendre au sujet la confiance dans la guérison, à animer son courage et à stimuler son point d'honneur. On promet de le guérir de sa peur maladive et de lui rendre sa confiance en lui-même par un exercice méthodique. Les détails du traitement se modifient naturellement selon les individualités et les circonstances.

La citation d'exemples de guérisons obtenues dans des cas analogues, ne manque pas de faire un bon effet, vu que ces malades le plus souvent se croient incurables et pensent que personne avant eux ait vécu dans des conditions aussi déplorables. Ces mesures préparatoires sont suivies du traitement spécial de la rééducation qui comporte d'accoutumer le sujet aux influences ennemies et novices, de lui apprendre à dominer sa sensibilité exagérée.

Ces exercices se font d'abord en notre présence. Ce premier succès obtenu, nous lui affirmons d'un ton assuré qu'il pourra faire de même pendant notre absence. Cette suggestion impérative tant récusée par d'aucuns, n'est-elle pas d'une application constante dans notre vie de chaque jour? Ne nous donnons-nous pas de ces suggestions à nous-mêmes, ne suggérons-nous pas également ainsi notre voisin? Ne dit-on pas à l'indécis : « Faites-le, n'ayez pas peur, vous verrez que tout ira bien!? » Notre parole lui fait du bien, l'encourage lui donne de la confiance en lui-même et il réussit à faire l'acte qu'auparavant il n'osait pas entreprendre. La suggestion impérative ne nous rend pas esclave de notre médecin. Les autosuggestions et les hétéro-suggestions contraires de l'entourage du sujet entravant nos suggestions thérapeutiques doivent être neutralisées. Or, pour les combattre, il faut les reconnaître à temps et pour cela bien approfondir la vie intime du malade. Au fur et à mesure que la guérison se dessine, le médecin diminue graduellement son

intervention, il la retire aussitôt que le malade sait bien se tirer d'affaire seul. Le malade, guéri par la suggestion et la rééducation, a reconquis sa liberté d'agir et ne reste en aucune façon dépendant de son médecin. Il faut, pour atteindre à ce but, de la patience, de la persévérance de part et d'autre et du dévouement de la part du médecin. Dans le cours de la guérison les rechutes ne sont pas rares, elles donnent lieu souvent à des accès de découragement de la part du malade. Le médecin expert et bien avisé y prépare d'avance son patient et grâce à son savoir et son autorité, l'aide à surmonter les difficultés; il se montre par là le bon pilote qui sait diriger le navire en danger à travers les écueils en bon port.

Dans les méthodes prônées des auteurs précités, nous relevons bon nombre d'opinions apparemment différentes et semblant contradictoires même. Or, il importe relativement peu quelle méthode ou quel plan de campagne sera suivi; on agit plutôt par intuition et il n'est pas possible de décréter pour tous les cas qui se présentent : « Voilà le seul chemin qui est à suivre! »

Les succès obtenus par différentes voies démontrent à l'évidence qu'il n'existe pas une seule méthode unique et universelle menant au but. Toutefois ces mêmes succès nous permettent de conclure que le *trac* est guérissable et que le médecin est tenu d'entreprendre le traitement psychologique du phobique au lieu de le renvoyer comme incurable et de lui conseiller d'abandonner sa carrière.

Si nous ne sommes pas en état de guérir ou même d'améliorer tous les traqueurs, nous avons cependant le droit d'avancer que le pronostic du *trac* est favorable en général, pourvu que le médecin et le malade entament et poursuivent sérieusement le traitement qu'il exige.

Il importe cependant de rappeler que les phobies peuvent marcher de pair avec des troubles psychiques graves d'un tout autre ordre. Nous nommons l'imbécilité et la débilité d'esprit qui se rencontrent parfois chez les artistes partiellement doués.

Dans les cas où les traqueurs montrent ces troubles de l'intelligence ou d'autres défauts psychiques on ne posera naturellement le pronostic qu'avec de grandes réserves.

Afin de ne pas étendre démesurément notre article, nous avons dû restreindre nos citations et nous voir obligés à laisser hors d'examen bon nombre de publications d'autres auteurs. Or, le nombre de ceux qui défendent le bon droit et publient les succès de la suggestion et de la rééducation dans le traitement des états obsessionnels est si grand, qu'il est permis de proclamer la psychothérapie comme la médication d'élection des phobies.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

La responsabilité atténuée et l'avant-projet de Code pénal fédéral suisse

par le Dr A. PAPADAKI
Privat-docent de psychiptrie légale à l'Université de Genève

G... Berthe, née le 26 août 1879 à Suago (Lombardie) ,d'origine soleuroise, sommelière de son état, détenue à la prison de SaintAntoine pour vol au « rendez-moi », entre à Bel-Air le 16 octobre 1908, avec le certificat médical suivant : « atteinte de crises hystériformes fréquentes; son état se complique de surexcitation avec colères, injures, menaces » (1).

Hérédité psychopathique et alcoolique niée. Le père aurait disparu après son divorce. La mère vit, on ne sait comment, à Paris. La malade est l'aînée de trois enfants, tous vivants et bien portants.

Elle fut élevée par des parents à Lausanne, où elle aurait fréquenté l'école, de 7 à 16 ans. Indisciplinée mais intelligente, elle apprenait, dit-elle, facilement, sauf la géographie et l'arithmétique; elle a cependant doublé plusieurs classes et n'est pas parvenue à la première.

Réglée régulièrement à 15 ans. Fille-mère à l'âge de 20 ans, elle laisse à une tante le soin d'élever son enfant et ne s'en inquiète pas autrement, puisqu'après la mort de celle-ci on place l'enfant ailleurs, sans que la mère s'en soucie.

Actuellement elle avoue, avec une profonde indifférence, ne pas savoir ce qu'il est devenu.

Elle aurait fait en Suisse le métier de fleuriste, et plus tard, celui de fille de brasserie ou de domestique, sans jamais pouvoir se fixer quelque part. Elle prétend avoir été fiancée à plusieurs reprises, mais aucune de ces fiançailles n'a pu aboutir. Les uns, dit-elle, faisaient rater les autres. Elle se vante cependant de n'avoir jamais été condamnée pour racolage, et elle ajoute : « Je préfère mieux faire mon « truc » à 5 francs que de me prostituer avec le premier venu et de risquer à me faire empoisonner ».

Quelque temps avant son entrée à la prison, elle aurait fait la connaissance d'un « jeune homme » qui l'avait rendue enceinte en lui promettant le mariage. En apprenant que ce prétendu jeune homme était marié, elle ne s'en émeut pas autrement et répond avec un simple haussement d'épaule : « Oh! ça m'est fort égal, ce n'est pas un chagrin d'amour! » Après ces révélations, elle fit en prison une fausse couche de trois mois.

Dans cette dernière affaire de vol, qui l'a conduite à Saint-Antoine,

---

(1) M. le Prof. WEBER a bien voulu mettre à ma disposition cette observation de la clinique psychiatrique. Je le prie de recevoir ici l'expression de ma gratitude.

son avocat aurait voulu lui faire obtenir des circonstances atténuantes, sous prétexte qu'elle était « folle », bien qu'elle ne le soit absolument pas. On lui aurait de même promis de réduire sa peine, mais, déçue dans son espoir, elle a commencé à se fâcher *(sic)*. Se voyant en prison avec des « traînées de filles », elle a demandé à partager la cellule d'une détenue de ses connaissances, et devant le refus du directeur, elle s'est décidée à prendre des crises de « chiquet ». « Etant à l'atelier, je disais, j'ai mal..., j'ai mal... (mais je n'avais pas plus mal que maintenant), puis je me laissais tomber, mais pas tout à fait; je savais que la surveillante était là et qu'on se précipitait pour me retenir; j'avais aussi menacé de me suicider; j'ai simplement écrit : « Je ne serai plus de ce monde, mais en réalité je n'avais aucune pensée de me détruire. »

Nous relevons de son status d'entrée les points intéressants : crâne brachycéphale; maxillaire supérieur proéminent; face asymétrique, expression indifférente; quelques tics des sourcilliers. Thorax fortement bombé et déformé dans sa partie supérieure et médiane (déformation rachitique). Quelques ganglions cervicaux cicatricés. Pas de leucodermie; pas de plaques muqueuses. Corps thyroïde peu développé. Mesures craniennes légèrement augmentées. Les différents systèmes ne présentent rien de particulier; mobilité et sensibilité normales; pas de plaques anesthésiques, ni de zones douloureuses ou hystérogènes. Réflexes rotuliens et achilliens normaux. Pupilles égales à réaction normale.

Elle oppose systématiquement de la résistance à toute question qu'on lui fait, mais aussitôt après la première négation, pour ainsi dire automatique, elle s'y soumet avec la meilleure grâce du monde. Par exemple, combien font 7 x 7 Réponse. Je ne sais pas..., puis elle donne des réponses exactes. Ecrivez-nous quelque chose. Réponse. Je ne sais pas écrire..., puis elle rit et s'exécute.

Elle répond correctement aux questions concernant ses connaissances scolaires élémentaires, sur la division du temps, etc., mais à mesure qu'on pousse l'interrogatoire, elle exagère sciemment son ignorance, afin de mieux la dissimuler. Elle prétend ne pas savoir les noms des principales villes et cantons suisses; priée de les nommer, elle ne va pas au delà de Lausanne; et cependant elle a fait des séjours prolongés dans plusieurs villes et prisons de la Suisse.

Question. — Quels sont les pays de l'Europe?

Réponse. — L'Europe n'est pas la Suisse. Interrogée sur la géographie en général, elle feint d'ignorer l'Amérique, et quand on essaye de lui souffler le mot, tout en évitant de répondre directement à la question, elle ajoute : « C'est là où j'aurais dû aller, c'est le pays où l'on peut rompre avec le passé », ce qui indique suffisamment sa mauvaise volonté. En guise de réponse, elle intercalle des plaisanteries dans le genre de celle-ci : « Berthe et bête, ça commence par la même lettre. »

Elle refuse de faire soit une division, soit une multiplication, et commet des erreurs dans les autres opérations. Dans ses discours, on relève toujours une part de vantardise; elle se considère très intelligente et rouée; elle a des parents très bien placés et c'est par égard à leur réputation qu'on veut la faire passer pour folle.

De caractère fantasque et lunatique, un jour elle se félicite d'être à

Bel-Air, dont elle ne cesse de vanter les avantages, elle désire s'occuper; le lendemain, elle s'ennuie, refuse de travailler, se rend insolente et regrette les « bêtises qui lui ont valu le transfert de la prison. En effet, dans l'espoir d'en sortir, elle a simulé des crises qu'une simple observation suffisait pour occasionner. Elle tombait alors raide, sans présenter des convulsions, puis elle restait soi-disant dans un état de stupidité et accusait des maux de tête. A ces crises succédait de l'insomnie et de l'agitation, au cours desquelles elle mettait toute la maison en émoi par des cris, elle brisait le mobilier de sa cellule, mais avait toujours soin de laisser son lit intact.

Dans une de ses lettres, où elle prétend avoir assez de la vie et être décidée d'en finir, elle ajoute : « On dit quelquefois que ceux qui le disent, ne le font pas; tant mieux pour ceux qui croient à cela, ils seront déçus », sans se douter que, par excès de prudence, elle démasque la prétendue sincérité de ses menaces.

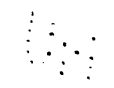
Extrait du dossier de G...

Elle débuta son interminable série de vols et d'escroqueries à l'âge de 16 ans. Elle prétend avoir inventé toute seule le vol au « rendez-moi », au commencement par des dix sous, et plus tard, encouragée par le succès, par des 100 sous. C'est à une véritable « tournée », qu'elle entreprit auprès de neuf marchands, dans l'intention de les voler, chacun pour cinq francs, et toujours par le même procédé, qu'elle doit cette dernière arrestation. Habillée d'une blouse simple, foncée, et d'un tablier blanc, pour avoir l'air d'une domestique, elle entre de préférence dans les petits magasins d'épiceries ou merceries vers 5 à 7 heures du soir, car à ces heures-là, le « truc » réussit mieux, parce qu'il y a de la monnaie dans la caisse, et commande une marchandise. Pendant qu'on la prépare, elle prétexte une course chez la blanchisseuse, qui « pourrait bien ne pas avoir de la monnaie », et elle prie qu'on lui change une pièce de 5 francs. Le « truc » consiste à s'emparer avec prudence en même temps de la monnaie et de sa pièce de 5 francs, que le marchand néglige généralement d'encaisser avant le départ du client. Elle réussit ainsi chez les neuf; elle eut le malheur de s'adresser à un dixième, moins négligeant que les autres, qui l'a attrapée et lui fit rendre son argent.

A deux reprises, une fois à Montreux, une autre fois à Berne, elle fit révoquer deux agents de police pour corruption.

Au cours de son interrogatoire, tantôt elle pose pour une victime · « Personne ne lui aide, on la met hors de la prison sans argent et sans secours, c'est sa tante qui est la cause de son expulsion judiciaire, etc., tantôt pour une repentante! » Elle a assez des prisons, elle veut se relever, etc. En réalité, non seulement elle n'a jamais éprouvé un désir sincère de se relever, mais elle a même refusé catégoriquement telle ou telle place que la Société de patronage lui avait proposée.

Ses dépositions sont remplies de contradictions : un jour elle prétend que son oncle et sa tante l'incitent à commettre les vols et lui fournissent même les habits dans ce but; le surlendemain elle nie toute complicité de leur part, en quoi. du reste, elle dit vrai. Pour expliquer ses fréquentes contradictions, elle écrit des lettres, dont nous extrayons le passage suivant : « Je n'aime pas mes parents, mais je les adore; pour



eux, je ferai n'importe quoi ; un moment, je me suis prononcée contre eux, je le regrette infiniment... ; aux yeux de la justice terrestre, je veux être la seule coupable... Quand tout le monde sera contre moi. Dieu sera pour moi, car Lui connaît l'exacte vérité, et Il rendra à chacun selon ses œuvres... »

Voici le résultat de la psycho-analyse faite par M. le professeur Weber :

D'une façon générale, le temps de réaction est court et varie entre une seconde (34/100) et deux secondes (41/100), en moyenne environ deux secondes. Réaction donc rapide, contrairement à ce qui s'observe dans les cas de démence congénitale. De même, G... ne répond pas par phrases, à la façon des débiles mentaux.

Les réactions verbo-motrices sont nombreuses : *ange*... des cieux, *bateau*... à vapeur, *table*... à écrire, *armoire*... à glace, *états*... unis, *exact*... itude (mot complété), *raconter* (ez)... moi quelque chose, *porter*... armes (un perroquet disait cela). G... se sert volontiers de contraires : *long*... court, *grand*... petit, *méchant*... gentil, mais d'une façon générale, elle a plutôt une tendance à définir le mot excitateur, en quoi elle se rapproche bien des illettrés et des débiles. A remarquer aussi que G... ignore la signification du mot *ironie*.

Dans ses réponses, il y en a douze à quatorze *égocentriques*. En effet, il y en a une ou deux de douteuses ou plutôt de cachées. Par exemple : *Dommage*... du peu (de bonheur que j'ai), *entêté*... pas mal. Ces égocentriques en nombre exagéré (12-14 %) font penser aux réactions des épileptiques ; cependant G... n'a de l'épilepsie clinique que de vagues crises simulées.

Le mot *malade*... moi-même, exige 3 secondes ; il ne provoque donc, malgré la réponse égocentrique, que peu de déséquilibre affectif. En effet, G... ne se croit pas malade du tout, et elle sait parfaitement bien que nous considérons ses crises comme « simulées ».

Menacer... de mort, 2 secondes.

Lampe... électrique, 4 secondes. On peut se demander si ces 4 secondes ne sont pas la conséquence du mot menacer, de la peur de la peine ou du résultat encore incertain de l'expertise. De même :

Injuste... injustice, 2 secondes.

Grenouille... à l'eau, 4 secondes, parce qu'on est injuste envers elle.

Habitudes... de tout... mauvaises, donne aussi une réaction prolongée (3 secondes). Il faut noter qu'on l'accuse d'homosexualité.

Mépriser... méchant ; d'après elle, on la méprise à tort, on est méchant. C'est pourquoi plus loin, *loi*... mauvaise. Elle ne sait pas répondre au mot *livre*, parce qu'elle n'en lit jamais.

Les mots excitateurs : *anneau* (bague), *aimer, famille, frère, bonheur, embrasser, choisir,* ne l'impressionnent pas du tout. Au contraire, le mot *porte*... de prison (4 secondes) fait son effet.

En somme, à côté des contradictions, il y a bien des indices de faiblesse intellectuelle, et plus encore d'un manque de sentiments affectifs autres que des sentiments égoïstes.

Voici, enfin, le tableau synoptique de quelques condamnations :

DATES	LIEU	DÉLIT	CONDAMNATIONS PRISON
—	—	—	—
1. 24 mai 1895	Lausanne	Escroquerie	3 jours
2. 26 août 1898	Cottonay	Vol	20 jours
3. 28 mars 1899	Genève	Escroquerie	21 jours
4. 28 octob. 1902	Lausanne	Vol	20 jours
5. 8 janvier 1904	Vevey	Escr. et tentat. d'Escroquerie	1 mois
6. 4 mars 1904	Aigle	»	20 jours
7. 18 mars 1904	St-Maurice	Vol	1 mois
8. 31 mars 1905	Lavaux	Effraction	10 jours
9. 25 août 1905	Vevey	Rupture de ban	8 jours
10. 26 août 1905	Genève	»	30 fr. d'amende
11. 7 octob. 1905	Olten	Tentative d'escroquerie	7 jours
12. 8 mai 1906	Genève	Vol, effraction	3 mois, 12 a. d'exp.
13 20 dec. 1906	Genève	Rupture de ban	1 mois
14. 11 avril 1908	Genève	Vol au rendez-moi, rupt. de ban	—

et plusieurs condamnations en France suivies d'expulsions.

En nous basant sur l'observation de la malade, il n'est pas difficile de démontrer qu'il s'agit d'une personne faible d'esprit et absolument dépourvue de sens moral. Son attitude vis-à-vis de son enfant et le cynisme avec lequel elle l'avoue, l'absence totale de sentiments maternels, sa conduite de menteuse, paresseuse et prostituée, témoignent de son défect moral.

D'une intelligence très limitée, G..., à l'école, ne fait que doubler les classes et n'en emporte à sa sortie que quelques notions élémentaires et bien vagues. Impulsive, incapable d'exercer une profession, de fournir une activité régulière, elle montre ses tendances amorales, dès l'âge de 16 ans, le lendemain de sa sortie de l'école. Cette dernière n'a exercé sur elle aucun rôle moralisateur.

La pauvreté de ses capacités intellectuelles se manifeste même dans le procédé qu'elle emploie pour voler. A supposer que ce fut elle-même qui imagina « son truc », ce qui est fort peu probable, on la voit exécuter son vol avec une stéréotypie déconcertante, fournissant invariablement le même prétexte de la « blanchisseuse », ne tenant aucun compte de l'absurdité de ses actes, qui la conduisaient fatalement à son arrestation, ne profitant même pas de l'expérience, et pratiquant, après maintes condamnations, un mode d'escroquerie identique. Le succès de sa dernière tournée auprès de neuf marchands, prouve simplement la bêtise et l'inconcevable distraction de ces marchands, mais n'est pas l'indice de l'intelligence qui dicte au voleur, dans l'exécution d'un plan intelligeamment élaboré, la précaution à prendre pour se soustraire à la peine.

On ne peut pas refuser à G... la notion de la pénalité attachée à ses actes; au contraire, elle connaît fort bien le Code et les circonstances atténuantes dont elle espérait bénéficier, mais cette notion se limite à une simple connaissance du Code, sans aucune compréhension éthique; sa faculté de jugement se réduit à la mise en valeur

des motifs égoïstes résidant dans la valeur utile ou nuisible de l'acte projeté.

G... a simulé à la prison des crises hystériques, qui décidèrent son transfert à l'asile, où, l'observation de quelques jours suffit pour révéler le véritable état pathologique de la malade. La simulation à laquelle elle s'est livrée est si maladroite, il y a si peu d'éléments nosographiques dans ses prétendues « crises », qu'on s'étonne qu'elle ait pu donner lieu à des doutes. Ici encore nous croyons pouvoir trouver des arguments en faveur de notre diagnostic de débilité mentale.

Le plus convaincu partisan de la théorie soutenue brillamment par M. le Prof. Ballet au Congrès de Genève, ne pourra considérer G... comme normale, capable de bien peser et de bien juger les divers mobiles et motifs de ses actes, et par conséquent *médicalement responsable*. Jusqu'ici tout le monde est d'accord. G..., sans être une aliénée dans le vrai sens du mot, occupe un échelon intermédiaire. Si nous nous refusons à établir et à démontrer l'existence de cet échelon intermédiaire, qu'arrive-t-il ? Les juristes, de par leurs études moins préparés que nous et par conséquent moins compétents, s'en tiendront à l'article 52 du Code pénal génevois, l'équivalent de l'art. 64 français, ainsi conçu : Il n'y a pas d'infraction, lorsque l'accusé ou le prévenu était en état d'aliénation mentale au moment où le fait incriminé a eu lieu ou s'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister », où le mot « responsabilité » ne figure pas. Si le défenseur éveille incidemment la question de l'état mental de l'accusée, cela ne fait aucune impression aux magistrats (juges ou jurés), ou bien il les persuade et obtient en faveur de son client des circonstances atténuantes, judiciables pour l'accusé, mais préjudiciables à la société, par la façon dont elles sont mises en pratique, puisqu'elles ont pour effet de diminuer la peine et livrer l'inculpé incorrigible à la société, comme on l'a fait au cours des nombreuses condamnations de G...

Quel est le rôle éducatif de l'emprisonnemet de quelques jours, sur des délinquants dégénérés de cette espèce ? Nul. On nous objectera de nous occuper davantage du coupable, personnage peu intéressant, que de la société, qui en est la victime. Erreur ! On rend service d'abord à la société, en la protégeant plus efficacement contre un grand nombre de ces dégénérés amoraux, que ne le fait la procédure actuelle, en leur infligeant quelques jours de prison et les remettant en liberté, et ensuite à l'inculpé, en vertu des sentiments altruistes, qui nous semblent être la résultante du progrès de l'humanité et qui nous défendent d'imposer une peine infamante à des êtres pathologiques.

C'est de ces sentiments-là qu'a été inspirée la commission des aliénistes suisses chargée de rapporter en matière de sa compétence,

et de contribuer dans l'élaboration de l'avant-projet du Code pénal fédéral.

En voici les articles intéressant notre cas.

Art. 14. — « L'adolescence est l'âge compris entre le commencement de la quinzième et l'accomplissement de la dix-huitième année. L'adolescent qui aura commis un acte incriminé comme délit, sera traité d'après les prescriptions suivantes :

§ 1. S'il est abandonné ou moralement perverti, le juge le renverra dans une maison d'éducation disciplinaire servant exclusivement à cette destination. L'adolescent y demeurera jusqu'à ce qu'il paraisse amendé, sans toutefois que son séjour puisse durer moins d'une année, ni au delà de l'âge de vingt ans révolus.

Si sa perversion morale est telle qu'il ne puisse être admis dans une maison d'éducation disciplinaire, le juge le renverra dans une maison de correction pour adolescents, servant exclusivement à cette destination. L'adolescent y demeurera jusqu'à ce qu'il soit amendé, sans toutefois que son séjour puisse durer moins de trois ans, ni plus de douze ans.

L'autorité compétente, sur préavis des fonctionnaires de l'établissement, statuera sur la libération de l'adolescent placé dans une maison d'éducation disciplinaire ou de correction. Cette libération est provisoire. L'autorité qui a libéré l'adolescent pourvoira avec l'aide des organes du patronage, à son placement et à sa surveillance. Si, dans l'année qui a suivi sa libération, l'adolescent abuse de la liberté, il sera réintégré dans l'établissement; en cas contraire, la libération deviendra définitive. Toutefois, les organes du patronage devront continuer à lui accorder protection et assistance. Si l'auteur, au jour où la décision judiciaire intervien, était âgé de dix-huit ans révolus, le juge le condamnera à la peine prévue par la loi, mais avec atténuation (art. 49).

§ 2. « Si l'état d'un adolescent exige un traitement spécial, si notamment il est aliéné, faible d'esprit, sourd-muet, épileptique, *ou si son développement mental ou moral présente un retard anormal* (1), le juge ordonnera qu'il soit soumis au traitement approprié à son état. »

Au terme de cette loi fédérale, G... aurait certainement bénéficié du § 1 de l'art. 14, et on aurait tenté à son égard un redressement moral dans une maison d'éducation disciplinaire. En tout cas, le § 2 est suffisamment explicite et concerne non seulement les aliénés proprement dits, mais aussi les déséquilibrés amoraux du genre de G..., clients assidus des salles de police et des tribunaux.

Art. 15. — « Si l'état mental d'un inculpé prête au doute, le fonc-

---

(1) C'est nous qui soulignons.

tionnaire qui en aura connaissance soumettra l'inculpé à l'examen d'experts. Cette disposition est notamment applicable aux sourds-muets et aux épileptiques. »

Art. 16. — « Celui qui, au moment de l'acte, était hors d'état d'agir conformément à la raison, celui notamment dont la santé mentale ou la conscience était à ce moment gravement altérée, n'est pas punissable.

» Si la faculté d'agir conformément à la raison était restreinte chez l'auteur au moment de l'acte, si notamment sa santé mentale ou sa conscience était notablement troublée, le juge atténuera librement la peine », suivant l'art. 50 qui stipule :

Art. 50. — « Dans les cas où le juge est expressément autorisé par la loi à atténuer librement la peine, il ne sera pas lié par la peine établie par la loi pour le délit, et pourra la mitiger dans son espèce et dans sa mesure. »

En donnant au juge la liberté d'atténuer et « de mitiger la peine dans son espèce et dans sa mesure », la loi fédérale prévoit cette classe d'anormaux ou de demi-fous, à l'égard desquels on pourrait et on devrait agir aussi bien par le traitement que par la prison. Elle laisse de la sorte une grande marge au juge doublé de l'expert-médecin et cela au grand avantage tant du délinquant pathologique que de la société. L'aliéniste ne désavouera plus sa compétence et ne cherchera plus a se dérober, en laissant au juge le soin d'élucider une question épineuse, comme cela se fait nécessairement s'il se contente de formuler un diagnostic pur et simple. A partir du moment où, de par la loi, le délinquant appartient aussi bien au juriste qu'au médecin, au premier par le délit qu'il a commis et sa responsabilité sociale, au second par son état mental, c'est à eux deux qu'incombe le soin de la décision à prendre pour son avenir. L'expert restera bien dans son rôle de médecin en indiquant le traitement à appliquer et la manière de l'appliquer et le juriste en le rendant exécutoire. La liberté accordée au juge, lui permettra, suivant les cas, d'infliger la peine aussi bien que d'ordonner un traitement, et de les doses suivant l'intérêt du malade.

L'article 17 de notre futur Code parle enfin de « responsabilité » et de « responsabilité restreinte ».

Art. 17. — « Si la sécurité publique exige qu'une personne irresponsable ou à responsabilité restreinte soit internée dans un asile ou hospice, le tribunal ordonnera de même la libération, lorsque le motif de l'internement n'existera plus.

» Si l'état d'une personne irresponsable ou à responsabilité restreinte exige qu'elle soit traitée ou placée dans un asile ou hospice, le tribunal remettra le malade à l'autorité administrative, qui le fera admettre dans un de ces établissements. »

Pour nous, aliénistes suisses, il n'y a plus moyen de nous dérober

derrière un article 64 quelconque. Le juge nous posera de droit la question de responsabilité et du degré de responsabilité *médicale* de l'inculpé, et nous devrons nous donner la peine de l'élucider par les éléments scientifiques dont nous disposons. Nous pouvons nous en féliciter, car notre Code, au point de vue qui nous concerne, a certainement réalisé un réel progrès et s'est mis au niveau de la science.

Pour que la loi atteigne son but, il incombe cependant à l'administration cantonale de prendre une dernière mesure.

L'article 15 précité, soumet l'inculpé à l'examen de l'expert « si son état mental prête au doute », et laisse en pratique au défenseur ou au juge d'instruction le soin de juger si l'état mental de l'inculpé est suffisamment anormal pour motiver une expertise.

Puisque la loi fédérale consent à faire expertiser et prévoit des mesures spéciales même pour la classe des *dégénérés amoraux* qui occupent les échelons intermédiaires entre l'aliénation et l'état normal, dont le diagnostic exige des connaissances médicales spéciales, il nous semble logique que l'autorité cantonale dispose de tous les moyens nécessaires pour permettre à ces délinquants de bénéficier de cette loi humanitaire. Ce qui est fait à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, à Paris, pour un certain nombre de malades, doit être fait à plus forte raison en Suisse, où la décentralisation cantonale facilite l'administration.

Le cas de G... peut encore nous servir pour notre argumentation.

G... a été condamnée au moins quatorze fois, elle a été mise en rapport avec un grand nombre de fonctionnaires de l'administration judiciaire, des agents de police, des commissaires, juges, procureurs, avocats et directeurs des prisons, et personne n'a jamais douté de l'intégrité de ses facultés mentales. Il a fallu une crise nerveuse de « chiquet » pour que le médecin de la prison intervienne au cours de sa quatorzième condamnation ! A supposer que le Code pénal fédéral eût été en vigueur depuis 1895, date de la première condamnation de G...., malgré ses savants articles, la malade aurait encombré les tribunaux, aurait occasionné des dépenses inutiles exigées par la mise en mouvement de la procédure judiciaire et n'aurait bénéficié des articles du Code que grâce à une circonstance fortuite qui a mis au jour son véritable état mental.

Il devient donc de plus en plus nécessaire que le médecin de la prison soit aliéniste, ou tout au moins qu'il ait fait un internat dans un asile et qu'il examine le prévenu en même temps que le juge d'instruction. Lié par le secret professionnel, il ne pourra en rien porter obstacle à la marche de la justice, et c'est à lui qu'incombera le soin de saisir le « fonctionnaire » dont parle la loi, le procureur général ou le juge d'instruction en l'espèce, de la nécessité de soumettre l'inculpé à une expertise mentale.

Des idées obsédantes (phobies, obsessions, trac des artistes) et de leur traitement

par M. le docteur A. VAN DER GHYS

Médecin à l'Institut Liébault, d'Amsterdam, dirigé par le Dr A. W van Renterghem

(*Suite*)

—

OBSERVATION I. — *Trac des pianistes.* — *Guérison par la suggestion et la rééducation.*

Mlle X..., professeur de piano, âgée de 30 ans, est fille unique d'une mère nerveuse, veuve depuis beaucoup d'années. La vieille dame, qui adore sa fille et ne vit que pour elle, est très émotive; elle est prise de temps à autre d'accès de vertige et hantée de l'idée qu'un coup de sang l'emportera subitement un jour ou l'autre. Mlle X... est anémique et légèrement obèse; elle est affectuée d'un léger tic convulsif des muscles du côté droit de la bouche; les menstrues sont douloureuses, profuses et de trop longue durée. En dehors de cela, l'examen ne révèle rien d'anormal du côté des organes.

Les dames ont séjourné quelques années à l'étranger, entre autre à Dresde et à Berlin pour achever l'éducation artistique de la fille. Depuis quelque temps elle s'est établie professeur de piano à La Haye, puis à Amsterdam. Tous ses professeurs, unanimement, lui ont prédit un bel avenir; un d'eux trouve même que son talent égale celui de *Teresa Carreno.* Bien avant que la malade elle-même se sentait suffisamment mûre, ses maîtres ont insisté à ce qu'elle se produisit devant le public. Surtout à Berlin, on l'a surmenée.

Rentrée en Hollande, il lui est arrivé, pendant un concert qu'elle donna, que la mémoire lui fit défaut à un certain moment et qu'elle se vit forcée de recommencer à nouveau avec la musique ouverte devant elle (chose doublement ennuyeuse pour elle qui sait si bien apprendre par cœur et qui connaissait parfaitement son morceau). Tant avant que durant l'exécution, elle souffrait de cardialgie et tremblait tout le temps. Pas le moins du monde nerveuse avant cet incident, elle a perdu depuis lors toute confiance en elle-même. Non seulement se voit-elle obligée par la peur de ne plus participer comme exécutante à quelque concert, mais le trac la surprend même quand elle s'apprête à jouer devant des personnes amies.

Obligée de jouer devant une élève, il lui arrive souvent d'éprouver de la lourdeur dans la jambe gauche, et elle lui donne la sensation de liège. Cette même sensation accompagnée de celle de fatigue s'accuse quelquefois dans la tête. On lui prescrit un régime réconfortant et lui donne quelques conseils hygiéniques. Pour parer à l'obésite, on lui fait suivre une cure de gymnastique suédoise (Zander). On lui rappelle l'origine de son trac née du défaut de mémoire durant le concert et lui fait voir que sa peur a été nourrie par l'auto-suggestion et le doute à elle-même. Sa

maladie est constituée par l'impuissance sentie une première fois, tournée en obsession. Cette idée obsédante perdra son énergie et cessera son action déprimante quand, grâce à un exercice méthodique, la malade aura regagné sa confiance en elle-même.

Après lui avoir assuré qu'il n'y a pas de lésion organique en cause, nous nous appliquons, dans des séances répétées, à relever son sentiment d'honneur, à lui parler de ses talents indubitables qu'elle doit se remettre à exercer, à lui dire que l'exercice méthodique, graduel, lui rendra sa confiance en elle-même et fera renaître le désir de reparaître devant le public.

Dans la saison de concerts qui approche, le directeur du premier orchestre de la ville lui donnera l'occasion de faire sa rentrée devant le grand public. Elle voit approcher ce jour solennel avec anxiété ; le directeur de l'orchestre, en vue de la peur qu'elle continue à ressentir, a reculé la date. Il sait son talent et ne néglige rien pour l'encourager. Sur mes instances répétées, elle prend en étude deux grands concerts de piano qu'elle jouera à la dite occasion. Comme supplément de difficulté, elle devra introduire pour la première fois, dans un de ces concerts, une cadence nouvellement composée par le directeur. Cela veut donc dire que le succès de la composition de son directeur dépendra ainsi pour une grande part de son succès à elle. Après quelque temps, je réussis à la persuader à jouer son concert devant ma femme et moi ; cela lui coûte de la peine, mais elle surmonte ses sensations désagréables, se tire à merveille de son affaire et sait vaincre toutes les difficultés. Or, à quelques jours de là, ce premier succès est suivi d'un autre ; elle donne une deuxième exécution à ma maison devant quelques amis et invités. Son jeu est brillant et sans tache.

Elle ose maintenant participer à quelques concerts dans des villes de province dans lesquelles elle accompagne des solistes au piano et joue elle-même quelques pièces sans difficulté aucune.

Enfin le grand jour de l'épreuve finale approche, le jour où elle aura à jouer ses deux concerts avec accompagnement du grand orchestre devant un grand public de l'élite de la capitale.

A sa prière, nous nous mettons au premier rang dans la proximité de l'orchestre, pour lui donner confiance. Tout marcha à merveille. Le succès fut complet. Le directeur, les membres de l'orchestre, le public furent unanimes à louer son jeu, et les journaux du lendemain se firent l'écho de ces louanges justement mérités.

Depuis lors elle marche de succès en succès, et s'il lui arrive quelque moment de découragement, par exemple quand un nouveau concert s'annonce, ou bien à l'approche des menstrues, quelques affirmations rassurantes de notre part ont bientôt fini de lui remonter le moral.

Aux premiers concerts, nous nous fîmes un devoir d'être parmi ses auditeurs, mais bientôt elle put parfaitement se passer de notre présence.

Nous insistons sur ce fait parce qu'on n'a pas manqué de répandre la perfidie que notre intéressante artiste agirait sous l'empire de nos suggestions.

Comme témoignage évident que notre malade sut dominer absolument ses nerfs, nous transcrivons ces lignes empruntées au chroniqueur musical d'un de nos grands journaux :

« Son maintien devant le piano et sa manière de jouer dénotaient une intimité étonnante avec son instrument. Elle aura même à éviter l'apparence de faire parade de l'aisance avec laquelle elle sait vaincre les difficultés. »

OBSERVATION II. — *Trac des chanteurs. — Guérison par la suggestion.*

Mme Y..., âgée de 31 ans, cantatrice, est mariée, depuis huit ans, à un musicien, compositeur de renom. Elle a un fils unique de 7 ans.

Son père, neurasthénique, vit en séparation de sa femme. Elle fut toujours débile de corps et a présenté souvent, étant enfant, des accès de faiblesse. A l'examen, nous la trouvons exempte de lésions organiques. La malade a l'air valide; son humeur est enjouée, son équilibre psychique ne laisse, le plus souvent, rien à désirer; cependant la malade convient qu'elle est parfois irritable et emportée. La période est régulière, l'appétit et le sommeil sont normaux. Les selles retardent un peu. Parfois elle est tourmentée d'idées obsédantes.

Elle n'a jamais aimé de chanter devant le public. Il y a deux ans, chargée de chanter un solo spécialement écrit pour elle, elle est prise de peur, pour la première fois de sa vie, durant la répétition; anxieuse, pâle, tremblante, prête à s'évanouir, elle se voit contrainte de quitter précipitamment la salle. Depuis lors elle n'ose plus chanter, même chez elle devant la famille. Quand on l'engage à chanter, elle sait toujours trouver des excuses. La peur ne se limite pas là, mais s'étend toujours plus. Elle n'ose plus entrer dans une salle de concert ou de théâtre, plus prendre place dans un wagon de chemin de fer; elle évite d'aller dans le monde et n'ose plus recevoir chez elle.

La malade me confie que dans quelque temps (environ six semaines), son mari donnera un concert dans lequel on n'exécutera que des compositions à lui et sous sa direction. Elle aurait tant aimé d'y prendre une part active, mais le trac la condamne à s'abstenir. Ayant appris qu'une artiste amie avait été guérie par nous de cette peur maladive, elle vient nous prier de lui venir en aide.

Quelques séances de suggestion précédées d'une explication détaillée de son état et corroborées d'un exercice méthodique, lui rendent le calme et la confiance en elle-même. Après quelques jours, elle ose se hasarder en chemin de fer pour rendre une visite chez une famille amie. Puis elle surmonte sa peur et prend part aux répétitions qui ont lieu dans une petite salle de concert.

Elle continue encore à redouter le concert dont la date approche. Bientôt elle recommence à recevoir ses amies chez elle, puis elle visite un concert, osant entrer sans être accompagnée de personne dans la grande salle. Elle regagne peu à peu sa liberté de se mouvoir. Enfin le soir tant redouté va être là. Elle n'est pas exempte de peur, mais tout de même résolue à chanter quand même. La grande répétition prouve être un grand succès pour notre malade. Nous y assistons comme de coutume, et étions heureux de constater que Mme Y... chantait à merveille et savait parfaitement dominer son émotion. Nous n'étions pas présents au concert qui eut lieu le lendemain et fut pour elle une autre victoire.

Elle reconnaissait ne pas encore s'être sentie tout à fait libre, mais le résultat éprouvé avait surpassé ses attentes.

Depuis notre intéressante malade a pris part à d'autres concerts dans des exécutions d'ensemble dans lesquels elle a chanté avec parfaite désinvolture. Elle se propose de chanter de nouveau comme soliste quand l'occasion se présentera. Elle va de nouveau dans le monde et reçoit chez elle, elle a reconquis tout son aplomb et ne se reconnaît plus ellemême.

OBSERVATION III. — *Trac des violonistes. — Guérison par la psychothérapie.*

M. Z..., âgé de 33 ans, marié et père de deux enfants, est professeur de violon et joue le premier violon dans le principal orchestre d'Amsterdam. Sa mère défunte présenta des accès d'hystérie, le père est neurasthénique, les frères et sœurs sont tous entachés de nervosité; un d'eux est violoncelliste de talent et se trouve en Amérique. Il y a un an environ, le malade fut pris pour la première fois de vertige pendant une exécution de concert. Depuis ce temps, la peur le prend à chaque exécution. Il craint de s'évanouir, le sang lui monte à la tête, le cœur bat avec violence, il est couvert de sueur. Sa place dans l'orchestre est au premier rang du podium, immédiatement en vue du public. Quand la peur le prend, son corps s'incline par instinct du côté de l'orchestre comme pour éviter qu'il ne tombe dans la salle s'il allait perdre conscience. Il se sent depuis lors incapable de jouer des soli, quelquefois même il est complètement impuissant de produire une note.

Avant que le trac se soit montré, M. Z... a souvent exécuté des soli dans les grands concerts et a joué alors avec grande aisance et de préférence par cœur.

Il a dû quitter la salle un de ces derniers jours, tellement la peur s'était rendue maître de lui. Il craint de devoir abandonner sa position et est hanté par la peur de devenir aliéné.

Il accuse des douleurs vagues et des paresthésies dans l'articulation de la main droite, dans l'index gauche et à la région du cœur. Hormis une pharyngite chronique et une tumeur d'ordre arthritique dans l'hélix de l'oreille droite, le malade ne présente pas de lésions somatiques.

Quand M. Z... se présenta à notre consultation, il était en proie au plus profond désespoir, se sentait un homme perdu et voyait tout en noir. Nous lui prescrivîmes d'abord un régime spécial visant à la complication d'arthritisme et lui ordonnâmes un exercice modéré (bicyclette, promenade) au grand air, avec défense d'alcool et de tabac, des bains tièdes trois fois par semaine et de la gymnastique de chambre pendant dix minutes, matin et soir. Dans des séances journalières, nous réussîmes à lui rendre sa confiance en lui-même et à lui remonter le moral.

Il nous conte toutes ses misères, ne cesse de nous poser chaque jour des questions innombrables qu'il prend soin de noter sur un carnet et auxquelles nous répondons de notre mieux. Sensiblement soulagé après chaque séance, il revient à la charge le lendemain. De jour en jour, cependant, nous gagnons du terrain, et l'apaisement se fait. Il ressort

de ses communications que les grands accès hystériques de sa mère et un évanouissement dont a été pris dans sa présence un de ses camarades de l'orchestre ont déclanché sa peur et ont été le point de départ de son trac. Bientôt il se laissa persuader à reprendre ses études de violon et accepta avec joie notre proposition de venir étudier à notre maison et de se laisser accompagner par nous sur le piano.

Après quelques exécutions d'ensemble, un énorme changement dans toute sa personne se fait constater. Il recommence à s'intéresser à l'étude, mais continue à craindre de jouer seul.

Il reprend sa place dans l'orchestre avec beaucoup d'hésitation. Nous continuons à le soutenir par nos suggestions, et sa confiance renaît. Dans nos exercices d'ensemble, j'admets, avec son consentement, d'abord un auditeur, puis deux, puis plusieurs. Enfin il ne recule plus d'exécuter devant un public de vingt-cinq auditeurs, composé pour une part d'artistes musiciens, et joue même par cœur. Depuis quelque temps, son jeu dans l'orchestre a repris l'aisance accoutumée, et son jeu d'archet est redevenu parfaitement libre. Il a repris ses cours de professeur, joue de nouveau dans les morceaux d'ensemble des quartettes et autres, et sent qu'il a vaincu le trac. A un de ses amis à qui nous parlâmes, il assura se trouver parfaitement guéri.

Un de ces derniers jours, M. Z ...a exécuté, avec accompagnement de l'orchestre, avec parfaite aisance, un concert de Tartini et fut vivement applaudi du public.

SOCIETES DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques

(*Suite*)

—

DISCUSSION

I. — Problèmes psychologiques

M. JANET. — Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en me demandant d'ouvrir cette discussion par quelques mots sur la conception psychologique de l'émotion. Il est inutile de répéter ce que j'ai déjà indiqué dans mon raport : je crois seulement utile de vous avertir des dangers auxquels nous expose l'usage de ce mot « émotion » qui est emprunté à la langue vulgaire et qui est loin d'avoir un sens scientifique précis.

Il faut éviter d'élargir trop la signification de ce mot et de faire rentrer dans les émotions tous les phénomènes de sensibilité : les tendances, les inclinations qui se développent régulièrement suivant un mécanisme déterminé donnent naissance à des sentiments variés, mais ne constituent pas, à mon

avis, les émotions dont nous avons à nous occuper ici. Ces inclinations ne donnent naissance à des émotions que si elles sont contrariées dans leur développement par les événements extérieurs, que s'il y a arrêt de l'adaptation ou adaptation difficile de la tendance au milieu dans lequel elle doit se développer. Je vous ai proposé de limiter le sens du mot « émotion » et de distinguer ainsi le désordre de l'organisation psycho-physiologique, les diminutions des fonctions supérieures et les dérivations qui en résultent.

Je crois qu'il ne faut pas non plus restreindre trop le sens de ce mot, ce qui nous amènerait à écarter du cadre des troubles émotionnels une foule de phénomènes qui deviendraient inexplicables.

L'émotion n'est pas uniquement constituée par les agitations viscérales, battements de cœur, polypnée, etc., qui peuvent, dans certains cas, se produire presque immédiatement au moment où le sujet a la perception de la situation difficile. Parmi les troubles fort complexes qui se produisent alors, il faut faire rentrer les modifications de l'action qui sont essentielles et les modifications de la pensée : l'agitation mentale, les troubles de la perception et de la mémoire, la suggestivité sont de véritables troubles pathologiques qui se rattachent souvent à l'émotion.

En outre, il me paraît difficile de limiter l'émotion à ces désordres immédiats, l'effort impuissant pour s'adapter à la circonstance nouvelle dure longtemps, amène à sa suite des épuisements divers et de nouvelles dérivations quelquefois pendant une longue période.

Il est clair que ces phénomènes se rapprochent alors de plus en plus d'une autre catégorie de désordres et se rattachent de plus en plus à la pathologie de la fatigue et de l'épuisement, mais ils dépendent certainement de l'émotion et le départ entre ces deux groupes de faits est souvent fort difficile.

Il est impossible de satisfaire toutes les opinions et de résoudre toutes les difficultés, mais je crois qu'au point de vue médical vous aurez avantage à considérer l'émotion dépressive comme l'ensemble des troubles de toutes les fonctions de l'organisme déterminé par la perception d'une insuffisance d'adaptation et par les efforts impuissants pour y remédier.

M. DUMAS pense que le rapporteur restreint trop le sens du mot émotion : les instincts provoquent des émotions. D'autre part, il élargit le sens de ce mot en lui rattachant les agitations intellectuelles.

M. SOLLIER. — Pour moi l'émotion consiste essentiellement dans une réaction diffuse, exagérée, incoordonnée, non adéquate à l'excitation portée sur le cerveau, d'où manifestations multiples et disparates dans toutes les sphères de l'activité cérébrale, idéative, motrice, sensitive et sensorielle, vasomotrice, viscérale.

M. P. BONNIER. — Définir l'émotion, l'anxiété, sans avoir défini l'état d'équilibre fonctionnel dont l'anxiété est le trouble, la négation, c'est s'exposer à étudier les choses par leur envers et à les mal traiter.

M. VOGT. — Je ne comprends pas pourquoi, dans sa désignation de l'émotion, M. Janet écarte les émotions expensives et agréables qui ne sont pourtant pas exclues de la genèse des phénomènes neuropathiques et psychopathiques. Je rappelle les cas où ces émotions ont produit une perversité ou une perversion de la vie sexuelle, les cas où la tendance à vouloir jouer un rôle exagère la suggestibilité de certaines hystériques, suffisamment pour que ces malades soient amenées à produire des phénomènes pathologiques. Enfin je rappelle le cas où le simple espoir réussit à faire disparaître des phénomènes pathologiques.

M. JANET reconnaît ces émotions excitantes, mais, en pathologie, elles n'ont guère d'importance.

M. VOGT ne pense pas que les réactions consécutives aux émotions soient inutiles ; il ne pense pas non plus qu'il y ait analogie entre la fatigue et les émotions, la première est *passive*, les secondes *actives*. Les troubles *actifs* peuvent apparaître subitement, ils changent d'intensité à mesure que l'élément émotif est plus ou moins conscient, ils peuvent disparaître presque subitement, si cet élément émotif (ce qui arrive quelquefois, par exemple, quand on emploie la psycho-analyse) si cet élément émotif, dis-je, est suffisamment chassé du champ de la conscience. L'épuisement, au contraire, s'installe lentement et disparaît lentement. Naturellement, je ne nie pas que des phénomènes de vrai épuisement peuvent s'ajouter à l'hystérie, tout aussi bien que des phénomènes d'inhibition émotive active peuvent se rencontrer dans la neurasthénie.

M. DUMAS. — M. Janet dit que l'émotion témoigne de l'incapacité où est le sujet de s'adapter actuellement aux circonstances *bien qu'il perçoive ces circonstances et la nécessité de réagir;* il réagirait alors *par des efforts impuissants* et ferait de la dérivation.

Ce caractère de désadaptation de l'émotion me paraît avoir été exagéré par M. Janet ; le tumulte de la colère par exemple, l'excès de force qui se dégage dans les muscles comme l'attitude générale du corps facilite et prépare l'agression qui peut suivre la colère. Et l'on trouverait facilement des signes d'adaptation dans d'autres émotions, comme l'étonnement, la surprise.

La vérité c'est qu'il y a dans beaucoup d'émotions comme Wundt et Darwin l'ont déjà vu, diffusion, désordre, et par certains côtés adaptation. Je me demande si M. Pierre Janet n'a pas surtout songé dans sa définition de l'émotion à la crise émotive des psychasthéniques.

M. P. JANET. — Je ferai à M. Dumas une réponse analogue à celle que je viens de faire à M. Vogt. Le plus souvent l'individu n'est pas entièrement annihilé par l'émotion, il n'est pas absolument incapable de toute adaptation. Il fait alors de son mieux et tire parti même de ses troubles quand cela est possible. Dans certains cas, cela peut même devenir habituel comme dans la colère. Mais je n'en persiste pas moins à dire que l'utilisation et la réparation d'un trouble n'empêchent pas ce trouble d'exister. Dans le plus grand nombre des cas l'individu se serait mieux défendu et aurait mieux combattu s'il avait gardé son sang-froid et s'il ne s'était pas mis en colère.

II. — **Problèmes neurologiques**

M. G. BALLET propose de discuter les questions posées par M. Claude :

1° Nous admettons que l'émotion doit être considérée comme un phénomène primitivement moral, c'est-à-dire psychologique.

2° Il m'apparaît que nous reconnaissons tous aussi qu'il y a deux catégories d'émotions : l'émotion subite et brusque ou émotion-choc, et l'émotion lente et durable, qui se résout, en fin de compte, dans de simples états affectifs.

1° *Le mode d'action des émotions est subordonné à l'état d'émotivité du sujet. L'émotivité, étant considérée comme la manière de percevoir et d'exprimer les émotions, peut être troublée sous l'influence d'une disposition héréditaire ou acquise. La répétition des émotions modifie ainsi notablement l'émotivité. Doit-on donc admettre qu'il existe toujours à l'origine des états névropathiques un trouble de l'émotivité, plus ou moins latent, qui est la condition nécessaire pour que l'émotion puisse provoquer les simptômes névropatiques?*

—

M. DEJERINE. — D'une manière générale, je crois que l'émotion-choc produit plutôt l'hystérie et l'hystéro-neurasthénie, tandis que la neurasthénie se développe surtout à la suite d'émotions lentes, continues. C'est du moins ce qui résulte de mon expérience personnelle, mais ce n'est pas là une loi absolue : il y a des exceptions dans l'un et l'autre cas, exceptions selon moi assez rares du reste.

Je considère l'émotion comme le facteur de beaucoup le plus important, je dirais même l'*unique*, dans la genèse de l'hystérie et de la neurasthénie. Je parle bien entendu de l'émotion déprimante.

Pour ce qui concerne l'hystérie, il est incontestable que l'émotion ne la crée pas de toutes pièces, qu'elle ne fait que mettre en branle une prédisposition jusque-là latente.

On peut, selon moi, définir les manifestations hystériques en disant qu'elles sont constituées par la *plus ou moins grande persistance des manifestations produites par le choc émotif*. Alors que chez le sujet normal les manifestations ne durent pas, le sujet se ressaisissant vite, chez certains autres et en vertu de tendances le plus souvent héréditaires, très rarement acquises, elles se fixent, se *cristallisent* pour ainsi dire.

M. J. BABINSKI. — La question est insoluble : soutenir systématiquement qu'un sujet présentant à la suite d'un choc moral des troubles névropathiques devait être un prédisposé, une enquête sur son passé n'eût-elle rien décelé d'anormal, c'est énoncer une hypothèse.

M. SOLLIER. — L'émotion est fonction de l'émotivité, et ses effets sont d'autant plus grands que l'émotivité est plus grande. C'est, à mon avis, l'émotivité qui commande la forme des réactions émotionnelles. L'émotion d'un hystérique n'est pas la même que celle d'un obsédé, d'un neurasthénique, d'un mélancolique. On ne devient pas au hasard l'un ou l'autre. La même émotion produira l'un ou l'autre suivant l'état d'émotivité constitutionnel du sujet.

L'émotivité est le terrain sur lequel va agir l'émotion. Celle-ci n'est qu'un incident, qu'un agent provocateur des accidents que comporte chaque forme d'émotivité. L'émotion ne fait que permettre à l'émotivité de se manifester suivant son type constitutionnel avec plus ou moins d'intensité.

M. P. JANET. — La question des prédispositions et en particulier la problème de l'émotivité me semblent fort importants. Quoique le phénomène existe réellement dans certains cas, il ne faut pas abuser de cette supposition d'une prédisposition, d'une émotivité antérieure pour expliquer tous les troubles que l'on constate, ce serait vraiment trop facile et cela dispenserait trop d'étudier les causes actuelles.

M. Pierre BONNIER. — On naît ou l'on devient émotif, anxieux, comme on naît et comme on devient asthmatique, migraineux, graveleux, vertigineux, entéritique. On peut l'être et le devenir héréditairement, soit sous la forme directe (fils anxieux d'un père anxieux), l'anxiété apparaissant à heure dite ou provoquée par une sollicitation accidentelle, soit sous la forme métabolique (un père asthmatique ayant un fils anxieux, comme il en aura d'autres albumineux, lithiasiques, dyspeptiques). La prédisposition peut être individuelle et créée par le surmenage de certains centres bulbaires, fortement ébranlés ou troublés par une émotion, par un traumatisme, par une maladie, et restant incapables de reprendre leur équilibre physiologique ,créant ainsi une réceptivité pathologique.

M. RAYMOND. — Il me semble que parfois l'émotivité peut être considérée comme congénitale et que, d'autre part, des circonstances diverses peuvent engendrer l'émotivité. Pourquoi tel individu a-t-il telle ou telle réaction

émotive, voilà sur quoi nous demandons à la physiologie et la psychologie de nous renseigner.

M. G. BALLET. — En somme, nous admettons tous la réalité de la prédisposition dans la genèse de certains états névropathiques, mais il s'agit de discuter si la prédisposition est *nécessaire* au développement des états névropathiques que nous avons en vue.

M. CROCQ (de Bruxelles). — Je ne puis accepter, d'une manière exclusive, que la prédisposition congénitale peut seule permettre à l'émotion de provoquer des symptômes névropathiques. Je pense au contraire que, *dans un certain nombre de cas, cette prédisposition est créée de toutes pièces en dehors de toute influence héréditaire.* C'est ainsi qu'une mauvaise hygiène, des excès de tous genres, des chagrins, peuvent modifier l'organisme, débiliter le système nerveux, altérer son fonctionnement et donner lieu, finalement, à un terrain prédisposé à l'éclosion des névroses, terrain si bien préparé qu'une cause occasionnelle, même banale, pourra faire éclater les symptômes morbides. Les cas de ce genre sont nombreux : si l'on se donne la peine d'examiner impartialement la genèse des névroses provoquées par l'émotion, on s'aperçoit qu'après avoir éliminé l'immense majorité des cas dans lesquels cette émotion n'a fait que développer des prédispositions congénitales, il en reste un certain nombre *dans lesquels, en dehors de toute prédisposition héréditaire ou personnelle, une névrose s'est produite par choc émotif.* Si alors on scrute attentivement les antécédents du sujet, on trouve toujours des conditions d'existence qui ont au préalable modifié le terrain congénitalement normal.

Ce que des conditions d'existence anormales peuvent faire, le traumatisme peut aussi le créer : qu'il y ait commotion physique ou commotion morale seule, l'*intensité de la cause est telle qu'elle peut, à elle seule,* et quelquefois immédiatemnt, *faire éclore une névrose.* Il est généralement admis que les névroses traumatiques peuvent se produire chez des sujets indemnes de toute tare; pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer un très grand nombre de névroses traumatiques et je crois pouvoir affirmer qu'une bonne partie d'entre elles se sont montrées chez des sujets dont les antécédents héréditaires et personnels ne présentaient aucune trace de névropathie.

M. DEJERINE. — Dans les cas de névrose traumatique que j'ai observés, j'ai toujours retrouvé des signes de prédisposition — en particulier des états d'émotivité antérieurs, souvent légers, mais cependant très nets. Et du reste, si on n'admettait pas la prédisposition, on ne voit pas pourquoi à la suite d'un traumatisme tous les sujets ne seraient pas atteints de neurasthénie ou d'hystéro-neurasthénie traumatiques.

M. CROCQ (de Bruxelles). — J'en reviens encore aux névroses traumatiques parce qu'elles me paraissent plus démonstratives que toutes les autres à cet égard; je maintiens que *les commotions morales violentes* accompagnées ou non de commotion physique *peuvent créer de toute pièce une névrose.* Certes, elles ne font souvent que réveiller des prédispositions latentes, mais elles peuvent se passer de cette prédisposition antérieure pour provoquer une névrose. Ce fait est admis par tous ceux qui se sont spécialisés dans l'étude des névroses traumatiques, notamment en Allemagne où on a, il y a quelques années, cherché à décrire une névrose particulière, *la névrose traumatique*, dont une des caractéristiques était de ne pas nécessiter, pour se produire, de prédisposition antérieure.

M. G. BALLET. — J'estime, comme M. Crocq, qu'un choc émotionnel peut à lui seul déterminer une psychose sans prédisposition mani-

feste. Deux éléments interviennent pour conditionner les effets de l'émotion : d'une part la tendance réactionnelle du sujet, d'autre part l'intensité de la cause. Quand celle-ci est très grande, la cause, à mon sens, peut être suivie d'effet sans le concours d'une tendance réactionnelle anormale.

M. SOLLIER. — J'ai dit ce que je pensais de l'importance de l'émotivité, qui commande la forme et l'intensité des réactions émotionnelles. Cette émotivité peut-elle être héréditaire ou acquise ?Je crois qu'elle est toujours héréditaire, comme le caractère lui-même dont elle est une des parties constituantes, et je ne pense pas qu'elle puisse être acquise à proprement parler, mais seulement dévloppée par certaines causes, et en particulier par les émotions. Car si l'émotivité subordonne l'emotion, celle-ci à son tour, en particulier par sa répétition, ou par son intensité, accentue l'émotivité. C'est un cercle vicieux.

M. Henri CLAUDE. — Dans certains cas ce trouble de l'émotivité est *héréditaire*, il fait partie de l'état constitutionnel du système nerveux et constitue une des manifestations du *nervosisme*, qui, comme je l'ai déjà indiqué, se traduit dès les premiers mois de la vie par des réactions nerveuses non adéquates à la cause qui les a engendrées. D'autres fois ce trouble de l'émotivité est *acquis*, il résulte surtout de la répétition des émotions sur un terrain préparé non tant par les aptitudes héréditaires que par le surmenage physique et psychique résultant des conditions générales de l'existence.

M. G. BALLET. — La question dont nous nous occupons a une très grande importance pratique, non pas au point de vue des accidents du travail, puisqu'ici on n'y tient pas compte de l'état antérieur, mais dans les cas de névrose traumatique qui peuvent donner lieu à une action civile.

Il faut, je crois, faire ici de grandes réserves, et tenir compte des cas indéniables à mon avis, où la névrose apparaît chez des sujets qui ne présentaient antérieurement aucun indice de prédisposition.

M. DUPRE. — Comment expliquer alors la différence des réactions des individus en présence d'un même choc émotif ? Il serait aventureux de se baser uniquement sur l'anamnèse.

M. G. BALLET. — Il est vrai que dans la majorité des cas une enquête minutieuse permet de relever, dans les antécédents des sujets atteints de névrose traumatique, des indices de prédisposition caractérisés par une exagération de l'émotivité. Mais il n'en est pas ainsi dans tous les cas. Au moins ne décèle-t-on pas d'anomalie de l'émotivité *décelable.*

M. CROCQ (de Bruxelles). — Je ne puis que répéter ce que j'ai dit tantôt : *certaines causes énargiques par leur durée ou par leur intensité peuvent créer de toutes pièces la prédisposition ou la névrose.* Il est bien entendu que j'envisage sous le nom de névroses traumatiques les affections névrosiques, sans lésion, dues aux accidents. Je me place uniquement au point de vue clinique et ne fais allusion qu'au cas où des sujets n'ont pas intérêt à simuler.

2° *L'émotion ne paraît pas créer l'*état épileptique, *qui est la conséquence d'altérations organiques ou de modifications humorales, mais elle est souvent notée comme la cause provocatrice des accès convulsifs ou des équivalents, et se retrouve parfois à l'origine du premier accident comitial au même titre que les fatigues, les intoxications, etc.*

M. ROUBINOVITCH a fait des recherches prolongées dans les services de Bicêtre ; il résulte de ses investigations que le rôle joué par l'émotion dans la provocation de l'épilepsie est le plus souvent d'ordre secondaire et que dans la hiérarchie des causes la première place appartient aux toxi-infections héréditaires ou acquises.

M. DEJERINE. — Il est des cas où sans conteste, il existe une relation des plus nettes entre l'apparition de la première crise d'épilepsie et une grande émotion.

M. Pierre JANET. — Il est incontestable d'abord que l'émotion provoque souvent l'apparition plus ou moins rapide de l'accès chez les épileptiques avérés : c'est un point qui, si je ne me trompe, n'est guère contesté. En second lieu, dans un certain nombre d'observations que je publierai quelque jour, j'ai constaté l'apparition du premier accès immédiatement ou peu de temps après une émotion grave.

Enfin je voudrais insister sur une troisième question. Si l'émotion ne détermine pas directement l'épilepsie, elle semble déterminer des troubles qui se rattachent à d'autres névroses, mais qui en évoluant aboutissent à l'épilepsie proprement dite.

L'émotion semble pouvoir aussi modifier les névroses préexistantes et les transformer en épilepsie.

M. Henri CLAUDE. — Je suis persuadé que dans l'épilepsie dite idiopathique il existe toujours de petites altérations méningo-corticales de natures diverses, et plus ou moins étendues suivant les cas. Mais cet état organique, s'il est la condition nécessaire de l'état épileptique, ne suffit pas pour engendrer les syndromes cliniques qui constituent l'épilepsie. Ceux-ci apparaissent sous l'influence de causes multiples parmi lesquelles, si la place prépondérante appartient aux intoxications et surtout aux auto-intoxications, il y a lieu aussi de laisser une part aux émotions.

M. SOUQUES. — La question posée par M. Janet soulève un problème qu'on s'est, à toutes les époques, préoccupé de résoudre. Déjà Van Swieten et Georget, devant certains cas embarrassants, concluaient à l'identité de nature de l'hystérie et de l'épilepsie. Plus récemment, A. Mathieu a soutenu qu'il n'y avait pas de barrières infranchissables entre ces deux maladies. En réalité, il y a des cas difficiles, soit parce que la crise d'hystérie peut simuler l'accès comitial, soit parce que les deux affections peuvent coexister chez un même malade. Cette coexistence n'est pas tout à fait exceptionnelle. J'ai eu l'occasion d'en observer quelques cas et de voir trois fois l'hystérie qui avait été la première en date disparaître et l'épilepsie persister, comme si celle-là s'était transformée en celle-ci.

Je crois que, dans les faits de ce genre, il s'agit d'une simple association morbide. Chaque associée suit sa tendance naturelle : l'une, l'hystérie, guérit, et l'autre, l'épilepsie, persiste.

M. CROCQ (de Bruxelles). — J'ai vu un très grand nombre de cas d'hystérie et d'épilepsie, tant dans ma clientèle qu'à ma consultation gratuite, et je dois dire que *je n'ai jamais observé la transformation de l'hystérie en épilepsie*. J'ai souvent vu ces deux névroses coexister, se succéder même, jamais je ne les ai vues se transformer l'une dans l'autre. Mais j'ai constaté de nombreuses erreurs de diagnostic ; j'ai fréquemment vu prendre pour de l'hystérie les manifestations larvées de l'épilepsie. Le terme hystéro-épilepsie est si commode que les praticiens l'abandonneront difficilement ; il couvre, comme le mot neurasthénie, l'ignorance de celui qui l'emploie. L'épilepsie n'est pas une névrose banale comme l'hystérie ; celle-ci, avec ses manifestations multiples et variées, n'est que l'exagération de phénomènes réactionnels normaux. C'est ce qui a fait dire à Bernheim qu'il n'y a pas d'hystérie. L'épilepsie, au contraire, est une maladie bien caractérisée possédant une symptomatologie précise, un pronostic tout particulier ; autant l'une est modifiable par la suggestion, autant l'autre est réfractaire à ce moyen.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Amaurose bilatérale; puis hémiplégie gauche, perte des mouvements de la langue et mutisme chez une hystérique L'amaurose persiste à droite

par le Dr BOUCHAUD (Lille)

Chez une jeune personne, qui est très nerveuse et dont la mère est hystérique, nous avons trouvé une amaurose ancienne de l'œil droit et nous avons appris que, en un court espace de temps, elle avait eu une amaurose double, puis une hémiplégie avec hémi-anesthésie, abolition des mouvements de la langue et mutisme.

Plusieurs de ces symptômes nous paraissent offrir un certain intérêt.

Cret... Fernande, âgée de 15 ans, vient à la consultation le 25 mai 1909. Elle s'occupe du ménage dans sa famille.

Elle paraît jouir d'une excellente santé, elle est forte et surtout fort grande pour son âge. Elle est néanmoins pâle et à l'auscultation des vaisseaux du cou, on entend un bruit vasculaire intense, l'appétit est variable, les règles sont peu abondantes, elles n'apparaissent que tous les deux ou trois mois et elle perd un peu de blanc.

Elle a un air souriant et elle paraît fort intelligente, mais elle est très impressionnable; elle rit et pleure facilement, nous dit-on, et souvent elle éprouve une sensation de boule qui monte à la gorge, crise qui ne dure qu'un instant. La nuit, elle a des rêves fréquents, variés et quelques cauchemars, elle voit des fantômes, des assassins.

Elle se plaint, ce qui lui arrive assez fréquemment, d'éprouver depuis quelques jours des douleurs de tête intenses. Elles siègent à la région frontale, surtout à droite et s'irradient du côté du cuir chevelu; le point sus-orbitaire est douloureux à la pression.

Il n'existe pas d'autres troubles de la sensibilité; on ne constate pas d'anesthésie sur le reste du corps ni troubles du côté des sens.

Si on l'interroge sur ses antécédents et ceux de sa famille ,on obtient des renseignements très inéressants.

Son père jouit d'une excellente santé. Sa mère est malade depuis longtemps, elle garde même le lit depuis un an. Elle souffre de l'estomac et elle est sujette à de fréquentes attaques d'hystérie. D'un caractère difficile et irritable, elle est parfois violente .

Outre notre malade, elle a eu deux enfants; l'un d'eux mourut jeune d'un mal de Pott, l'autre, qui est âgé de 14 ans, se porte bien .

Rien de particulier à noter du côté des autres membres de sa famille.

Elle eut une méningite à l'âge de trois ans et plus tard la rougeole et la scarlatine. En dehors de ces maladies, elle ne se rappelle pas avoir eu d'affections sérieuses jusque dans ces derniers temps.

Le 15 mars, à la suite d'une émotion vive, occasionnée la veille par une scène violente qu'elle eut avec sa mère, et après une nuit fortement troublée, elle s'aperçut le matin, au réveil, qu'elle avait perdu la vue, elle ne voyait plus, elle ne distinguait ni les personnes, ni les objets ; elle percevait seulement la lumière du jour, dans l'ombre elle ne voyait rien, la cécité était complète.

Trois jours plus tard, le 18 mars, on lui conseilla d'aller voir un oculiste ; cette proposition fut mal reçue ; elle éprouva encore une forte émotion et la vue lui revint, mais de nouveaux accidents apparurent.

La langue fut prise de paralysie, ainsi que les deux membres du côté gauche.

La langue était fixée au palais, elle ne pouvait la sortir hors de la bouche ni lui imprimer le moindre mouvement ; il lui semblait cependant qu'elle avait une tendance à se porter à droite.

Elle était incapable d'articuler un mot, elle était muette, mais il lui était possible d'émettre un léger son guttural et même de lire et d'écrire.

La langue était seule paralysée, elle affirme et son assertion est confirmée par une personne qui lui a donné des soins à ce moment, que sa face avait son aspect normal et que les mouvements des lèvres étaient conservés, qu'elle pouvait souffler, sucer, prendre des liquides ; la salive, néanmoins, s'écoulait abondamment, sous forme d'écume, hors de la bouche.

Le voile du palais n'était pas non plus paralysé ; il se contractait et la déglutition était possible, quoique pénible.

La mastication était impossible, elle ne pouvait prendre aucun aliment solide ou demi-liquide, elle n'avalait que les boissons, le lait par exemple.

Les liquides ainsi déglutis sans pénétrer dans les voies respiratoires, sans déterminer de suffocation, ce qui lui permettait de s'alimenter.

Les sens du goût et de l'odorat étaient conservés, elle percevait la sensation de ce qu'elle buvait et mangeait.

Le bras et le membre inférieur du côté gauche étaient complètement paralysés, il lui était impossible de leur communiquer le moindre mouvement.

Avec la paralysie, les divers modes de la sensibilité étaient abolis dans toute l'étendue des deux membres ; l'anesthésie avait même envahi la région scapulaire et la région de la hanche ; la malade ne sentait dans ces régions ni les piqûres, ni le contact, ni la température.

Le 22 avril, elle commença à parler et à remuer la langue ainsi que les deux membres ; la paralysie et l'anesthésie disparurent graduellement.

Le 24 avril, ayant éprouvé une forte émotion, à la suite d'une nouvelle discussion vive avec sa mère, la nuit fut très mauvaise.

Le 25 avril, nouvelle émotion due à la même cause et la langue se paralysa pendant une demi-heure.

La plupart des troubles variés dont il vient d'être question ont disparu complètement. Il ne reste plus traces de la paralysie des membres gau-

ches. Les mouvements de la langue ont également reparu, la malade peut la sortir hors de la bouche etmanger des aliments solides. La sensibilité générale dans tous ses modes est normale, dans les membres gauches comme dans les membres droits.

Le sens du goût est comme la sensation amère du sulfate de quinine, très bien sentie. Seul le sens de l'odorat paraît aboli, l'odeur de laurier-cerise n'est sentie ni à droite ni à gauche.

Mais nous sommes surpris de constater qu'il existe des troubles visuels à droite. L'amaurose du côté gauche a disparu, celle du côté droit persiste.

En examinant les yeux, on remarque que les pupilles sont modérément dilatées et égales, qu'elles réagissent parfaitement à la lumière et à l'accomodation, que la réaction se transmet d'un œil à l'autre.

La vision à gauche est normale, la malade distingue les couleurs et il n'existe pas de rétrécissement du champ visuel. A droite, elle est notablement affaiblie; la malade ne distingue plus les objets; elle n'est plus en état de nous dire, en plein jour, si on place la main devant son œil; elle s'aperçoit seulement si elle passe de l'obscurité dans un milieu bien éclairé et, sans pouvoir distinguer les objets, elle peut, quand la lumière est vive, éviter un obstacle et se guider. A l'ophtalmoscope, le fond de l'œil ne présente aucune altération des deux côtés.

Si on insiste, la malade nous apprend que la perte de la vision du côté droit est très ancienne. Elle s'en est aperçue, alors qu'elle avait huit ans; un jour, en jouant avec son frère, elle remarqua qu'elle ne voyait plus de l'œil droit. Elle attribue la perte de la vision à une méningite qu'elle aurait eue à l'âge de trois ans.

On consulta à ce sujet un médecin qui lui dit que la méningite avait « mangé » sa papille.

Lorsque l'œil gauche est fermé, si elle regarde avec l'œil droit pendant quelques instants, tout se trouble et bientôt elle ne voit plus rien.

Les troubles visuels de l'œil droit sont les seuls qui persistent.

Les maux de tête se sont dissipés rapidement sous l'influence de quelques doses d'aconitine. L'état général est satisfaisant.

Les douleurs, que la malade éprouvait à la région frontale, au moment où elle est venue à la consultation, présentaient tous les caractères d'une névralgie sub-orbitaire; elles ont disparu en quelques jours sous l'influence d'une faible dose d'aconitine. Il s'agissait d'une affection banale qui ne doit pas nous arrêter.

Beaucoup plus intéressants sont les troubles moteurs et sensitifs qui s'étaient manifestés antérieurement et dont quelques-uns persistent encore. Avant d'en aborder l'étude, nous ferons remarquer que Fern... est fille d'une hystérique et qu'on trouve chez elle un certain nombre de stigmates de la névrose; ainsi elle est très impressionnable, elle rit et pleure facilement, la nuit elle rêve beaucoup et elle éprouve parfois une sensation de boule qui monte à la gorge. Elle

est donc une névropathe prédisposée aux manifestations de l'hystérie et l'on est porté à attribuer à cette affection les troubles oculaires et paralytiques dont elle a été atteinte.

Il n'y a pas de doute à avoir sur la nature de l'hémiplégie. Il suffit pour cela d'en rapporter les symptômes. La paralysie est survenue à la suite d'une vive émotion; son début a été subit et ne s'est accompagné ni d'ictus ni de vertiges; elle a respecté la face et elle s'est localisée au côté gauche. Ce qui est encore un signe d'une grande valeur, les membres paralysés étaient le siège d'une anesthésie profonde. Enfin la guérison a été rapide. On retrouve dans ces symptômes ceux d'une hémiplégie hystérique.

Il devait en être ainsi de l'impossibilité de remuer la langue, qui s'est déclarée en même temps que l'hémiplégie. Tel qu'il nous a été décrit, cet accident nous paraît être difficile à interpréter, aussi regrettons-nous de n'avoir pas été à même de l'observer.

On pourrait supposer qu'il s'agissait d'une paralysie limitée au côté gauche de la langue, analogue à celle des membres; mais quand cette paralysie partielle existe, la langue peut être tirée hors la bouche et elle se dévie du côté paralysé; il n'en était pas ainsi, puisque tout mouvement était impossible.

Cette abolition de la motilité pourrait être prise pour une paralysie totale; comme en pareil cas la langue reste sur le plancher de la bouche et que la déglutition est presque impossible, tandis que, au dire de la malade, la langue était fixée au palais et que la déglutition était seulement gênée, il est permis de croire que la langue n'était paralysée ni partiellement ni en totalité. La paralysie de la langue ne se montre pas d'ailleurs dans l'hystérie, ce qui est commun c'est l'hémispasme glotto-labié.

L'hémispasme glotto-labié, dit Ballet (1) est fréquemment associé à des paralysies ou à des contractures des membres, à l'hémiplégie notamment. Il a été signalé et décrit par Charcot, puis par Brissaud et P. Marie. Il imprime au visage une déformation permanete qui simule, à première vue, une paralysie siégeant du côté opposé. Au repos la bouche est déviée du côté contracturé, le contour des lèvres est plus dessiné, la commissure est légèrement relevée, ainsi que l'aile du nez, le sillon naso-labial plus profond, la joue plus saillante; souvent même le sourcil du même côté est un peu abaissé. En outre, on peut observer quelquefois, dans les muscles des lèvres, du menton, de la joue, de petites secousses rapides, intermittentes, qui indiquent bien la nature spasmodique de la déviation des traits. Du côté opposé, on constate qu'il n'y a pas trace de paralysie, les plis ne sont pas effacés, les mouvements s'y accomplissent d'une manière normale. Si on commande au malade d'ouvir la bouche ou de tirer la langue, le spasme s'accentue, la bouche

est plus largement ouverte du côté du spasme, le sillon naso-labial se creuse profondément, la contracture s'étend aux muscles des paupières, du front, au peaucier du cou, au sterno-mastoïdien; la langue n'est tirée hors de la bouche qu'au prix de très grands efforts, sa pointe est fortement déviée du côté contracturé, retroussée en crochet, elle vient quelquefois se butter contre la face interne des joues et ne peut plus sortir hors de la cavité buccale. Cette déviation de la langue excessive et convulsive est particulièrement caractéristique.

Les signes du spasme glosso-labié, que nous venons de décrire, n'ont pas été constatés chez Cret... L'aspect de la face était normal et les lèvres avaient conservé tous leurs mouvements, la malade l'affirme, ainsi que les personnes qui lui ont donné des soins à ce moment. La langue qui était fixée au palais et qui avait une tendance à se porter à droite était seule atteinte de spasme.

Suivant Déjerine, la contracture de langue peut exister à l'état isolé, sans contracture des releveurs de lèvres, mais dans la figure, qui représente l'état du malade en question, on voit que la langue est sortie hors de la bouche. Notre cas diffère de celui de Déjerine, puisque la langue ne pouvait être tirée hors de la bouche, il est vraisemblable que chez lui le spasme était plus prononcé que chez le malade de Déjerine.

En somme, on peut observer dans l'hystérie un spasme limité à la langue.

En même temps que les troubles moteurs de la langue, notre malade ne pouvait émettre qu'un son guttural, elle était incapable de rien articuler et de se faire comprendre par la parole. Cette perte du langage articulé pouvait être du mutisme ou de l'aphasie motrice; l'hystérie pouvait donner naissance à l'un ou à l'autre de ces troubles du langage. Le mutisme paraît être plus fréquent que l'aphasie.

Comme notre malade était en état de lire et d'écrire, on doit conclure qu'elle était atteinte de mutisme.

L'amaurose qui a précédé l'émiplégie et la paralysie de la langue, devait être aussi considérée comme un phénomène de nature hystérique.

La brusquerie du début, à la suite d'une forte émotion, la conservation des réflexes pupillaires, l'intégrité du fond de l'œil et la disparition rapide sont des signes caractéristiques.

Mais la malade nous a appris que l'amaurose du côté gauche a disparu, tandis que celle d ucôté droit persiste, et elle ajoute qu'à l'âge de huit ans elle s'aperçut qu'elle ne voyait pas de l'œil droit.

Il résulte de ces renseignements que l'amaurose du côté gauche était réellement hystérique, mais que celle du côté droit pourrait bien être de nature différente.

La malade attribue cette amaurose du côté droit à une méningite

qu'elle aurait eue à l'âge de trois ans. Cette interprétation est une hypothèse qu'on ne saurait accepter. La méningite ou plutôt la méningo-encéphalite se termine très rarement par la guérison et quand elle guérit elle laisse presque toujours des traces lésionnelles qui se traduisent par un arrêt de développement plus ou moins marqué des facultés mentales et par des troubles moteurs variés, paralysies, contractures, etc. Rien de semblable ne se voit chez notre malade qui est très intelligente et ne présente aucun indice de paralysie. En outre, l'amaurose aurait été la conséquence d'une altération du nerf optique seul, ce qui n'est pas vraisemblable, et on observerait une atrophie de la papille, ce qui n'est pas.

Il y a lieu de croire qu'il s'est produit, lorsque Cret... était enfant, non une méningite, mais des phénomènes de méningisme associés à une affection dont on ne peut, en l'absence de données positives, faire un diagnostic rétrospectif.

Il ne semble pas d'ailleurs que l'amaurose décrite se soit développée à cette époque et que la malade ait pu vivre jusqu'à l'âge de huit ans sans s'en apercevoir. Il est bien plus vraisemblable que, si le début du trouble visuel n'a pas attiré l'attention, cela tient à ce que, comme cela arrive fréquemment dans l'hystérie, il est apparu spontanément sans bruit. L'amaurose du côté droit serait donc, comme celle du côté gauche, de nature hystérique, et que si elle n'a pas guéri brusquement et en même temps que cette dernière, c'est que, étant plus ancienne, elle n'avait pas la même tendance à guérir rapidement.

On pourrait faire remarquer que l'amaurose hystérique, dont le pronstic est bénin, guérit souvent en quelques jours, quelques mois, tandis que chez notre malade, l'amaurose existe depuis sept ans au moins. Mais on cite des cas où les manifestations de l'hystérie ont persisté pendant un grand nombre d'années. Ainsi Souques a vu à la Salpêtrière une vieille femme qui, depuis plus de cinquante ans, était atteinte d'hémianesthésie et d'angine de poitrine.

Il nous semble en tout cas que l'amaurose du côté droit de notre malade est de nature hystérique.

Nous avons dû songer à employer la suggestion, qui est en même temps un moyen de traitement et un moyen de diagnostic, mais la malade n'a pu se présenter qu'un petit nombre de fois à la consultation.

SOCIETES DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques

(*Suite*)

Il ne peut pas y avoir de rapport entre ces deux états morbides qui ne s'associent que par leur terrain névropathique commun.

Autant je crois que l'émotion peut, sans prédisposition congénitale, créer des névroses banales telles que l'hystérie et la neurasthénie, *autant je pense que l'émotion ne peut engendrer l'épilepsie* que si le terrain est, de longue date, préparé : l'émotion n'est alors que la cause occasionnelle.

M. G. BALLET. — Il semble qu'on soit d'accord pour admettre que l'émotion intervient dans l'étiologie de certaines crises épileptiques et qu'elle peut, en particulier, être la cause occasionnelle de la première crise.

Quant à la question qui vient d'être soulevée : des rapports entre l'hystérie et l'épilepsie, elle est sans doute très intéressante, mais nous ne pouvons nous y arrêter au moins pour l'heure, sans nous exposer à voir la discussion s'égarer.

Je propose de passer au troisième problème proposé par M. Claude :

3° *L'émotion ne crée pas l'*hystérie, *mais peut provoquer la manifestation hystérique chez un sujet dont l'émotivité était préalablement troublée. Si l'on admet qu'un des caractères particuliers de l'état hystérique consiste dans la faculté d'isoler, amplifier et fixer à un degré excessif certaines sensations, certaines images, on comprend que l'hystérique puisse présenter d'une façon intense et prolongée les diverses expressions de l'émotion. En tout cas, il ne paraît pas douteux que certains accidents, rangés, d'une façon unanime, dans le cadre de l'hystérie, tels que* crises convulsives, paralysies, contractures, *puissent être produits par une émotion, en dehors de toute suggestion.*

A. — L'ÉMOTION ET LA CRISE HYSTÉRIQUE

M. DEJERINE. — Que la crise hystérique puisse se développer spontanément, sans aucune suggestion antérieure, cela ne me paraît pas discutable et j'ai été à même d'en observer plusieurs exemples chez des sujets qui jusque-là n'avaient présenté aucun symptôme névropathique.

M. SOLLIER. — Je suis tout à fait d'avis que l'émotion ne crée pas l'hystérie, mais est un des principaux facteurs de ses accidents. La plupart des accidents hystériques ne sont que des phénomènes produits par l'émotion, dissociés et fixés. L'émotion agissant sur le terrain de l'émotivité hystérique qui se caractérise par la tendance à l'inhibition, à la dissociation et à la fixation persistante des troubles émotionnels, exagère ces tendances tout naturellement.

M. RAYMOND. — Pour ma part, j'ai vu des crises d'hystérie apparaissant pour la première fois à la suite d'un choc émotif.

M. Henri CLAUDE. — L'observation clinique nous montre, que, en dehors de toute supercherie, de tout phénomène de suggestion ou d'imitation, certains sujets qui présentaient au préalable les troubles de l'émotivité sur lesquels nous avons déjà insisté, ont manifesté sous l'influence d'une émotion une réaction physique, avant les caractères de la crise dite hystérique.

Je crois donc que nous sommes autorisés à admettre qu'on observe des crises, pouvant se répéter d'une manière subintrante, qui à l'origine sont provoquées par l'émotion, indépendamment de tout autre facteur et qui sont une des manifestations d'un état névropathique, que nous continuons à dénommer hystérique.

M. J. BABINSKI. — L'émotion peut être immédiatement suivie de phénomènes subjectifs et objectifs tels qu'une sensation de constriction à la gorge *(vox faucibus haesit)*, des troubles vasomoteurs et sécrétoires, du tremblement, de la tachycardie, du dérobement des jambes, une obnubilation plus ou moins prononcée et même une perte de connaissance. J'admets qu'elle puisse aussi se traduire par des cris, de l'agitation, des gesticulations et une apparence de délire, bien que ces manifestations bruyantes soient souvent suspectes et semblent dénoter parfois le désir de grossir les effets d'une émotion qu'on juge insuffisants. Je ne conteste pas non plus qu'elle soit susceptible, à condition cependant de ne pas être très intense, d'avoir pour conséquence une véritable attaque d'hystérie chez un sujet qui a déjà eu précédemment des crises de ce genre. Mais je soutiens que l'émotion à elle seule est incapable de créer une de ces attaques hystériques bien caractérisées, bien réglées, si soigneusement décrites dans les traités classiques. Quand on est en présence d'une pareille crise, on peut affirmer, abstraction faite de la simulation toujours possible, que la suggestion, dont l'imitation demi-consciente est une des formes les plus communes, a joué dans sa genèse le rôle essentiel.

M. DEJERINE. — M. Babinski nous dit que les cas que je viens de rapporter ne sont pas des exemples de la grande crise hystérique telle qu'on la décrit généralement et telle qu'il la comprend. Or, j'affirme que mes malades avaient des crises très fortes et très longues.

M. SOLLIER. — Il n'est pas douteux que l'imitation et la suggestion peuvent intervenir dans la genèse de certaines crises. Mais de là à dire que toute crise est toujours provoquée par la suggestion, l'imitation ou la contagion, il y a loin.

Et j'irai plus loin, l'émotion, la suggestion, l'imitation, la contagion ne sont par les seules causes des crises. Ne les voit-on pas survenir fréquemment dans la période précédant les règles, sous l'influence des orages, etc. ? La crise est un phénomène banal qui n'indique que la réaction du système nerveux contre l'inhibition qui l'a frappé.

M. O. VOGT (de Berlin). — Les crises hystériques, dont j'ai pu étudier la genèse, étaient pour la plupart d'origine purement émotive, mais même dans les cas où une suggestion entrait en jeu, c'était toujours l'*élément émotif associé à cette suggestion* qui déterminait la crise et non la suggestion elle-même. La suggestion ne jouait un rôle que dans la localisation du trouble, mais la réalisation de la suggestion était due à l'augmentation de la suggestibilité par la dissociation émotive. Concordant avec ce résultat de mes études, je citerai le fait, signalé déjà par d'autres auteurs, de la grande différence que l'on

trouve chez bon nombre d'hystériques, entre leur suggestibilité pour les suggestions du médecin et leur suggestibilité pour leurs propres auto-suggestions. Il y a des hystériques qui présentent aussi une grande suggestibilité vis-à-vis du médecin, mais il y en a d'autres qui sont moins accessibles aux suggestions thérapeutiques que même les personnes normales. D'autre part, ces mêmes hystériques sont excessivement suggestibles pour tout ce qui leur est nuisible, pour tout ce qui leur fait peur. Donc ces hystériques présentent une dissociabilité exagérée, non pour les suggestions pures et simples, mais pour les suggestions associées avec un élément émotif. Ainsi, même pour ces suggestions, c'est l'émotivité hystérique qui sert de base au phénomène pathologique.

M. G. BALLET. — Il me paraît résulter de la discussion :

1° Que l'émotion-choc peut être l'occasion de la crise, appelée couramment crise d'hystérie que quelques-uns voudraient dénommer simplement crise émotive ;

2° L'imitation, la suggestion peuvent modifier, développer, amplifier les symptômes de cette crise.

B. — L'ÉMOTION ET LES PARALYSIES OU CONTRACTURES HYSTÉRIQUES

M. DEJERINE. — Pour moi, il n'est pas douteux que l'émotion à elle seule, sans suggestion antérieure, puisse produire des paralysies ou des contractures chez les sujets à tempérament hystérique. J'ai observé un certain nombre de ces cas dans lesquels le *primum movens* a été exclusivement l'émotion.

L'auteur relate des cas très démonstratifs.

MM. SOLLIER et BALLET confirment cette manière de voir.

M. CROCQ (de Bruxelles). — J'ai également observé des cas analogues à ceux que vient de relater M. Dejerine ; je pourrais en rapporter plusieurs, je me contenterai d'en citer un, tous étant à peu près pareils : Une jeune femme se trouvait, il y a cinq ans, dans un train stationnant en gare de Namur ; elle regardait placidement les manœuvres. A un moment donné, elle vit arriver, droit sur elle, une locomotive ; celle-ci grossissait rapidement et se dirigeait nettement vers son compartiment, par une voie de traverse. Elle eut l'impression qu'elle allait être écrasée ; mais, au moment où la locomotive atteignit son wagon, elle s'arrêta net, ne provoquant même pas la moindre secousse. Immédiatement, la jeune femme présenta une paraplégie flasque avec anesthésie remontant jusqu'à l'ombilic ; les réflexes tendineux étaient forts, les cutanés abolis. Il fallut près de deux ans pour guérir cette paralysie sensitivo-motrice. Le sujet ne présentait du reste aucun antécédent névropathique héréditaire ni personnel.

M. Babinski admet que l'émotion peut provoquer les petites crises nerveuses, *des crisettes*, mais par la grande crise d'hystérie. Je demanderai à M. Babinski comment il différencie la crisette de la grande crise.

M. J. BABINSKI. — Il est incontestable qu'un violent choc moral peut produire, au milieu d'autres phénomènes émotifs, une inhibition générale de la puissance motrice et « couper bras et jambes » ; mais cet état d'ailleurs transitoire, est bien différent des paralysies ou contractures créées par l'hystérie, qui peuvent coïncider avec une quiétude morale absolue et se présentent ordinairement sous forme de monoplégies, de paraplégies ou d'hémiplégies. J'admets cependant très volontiers qu'une secousse morale, en affaiblissant le sens critique, puisse augmenter, chez celui qui l'a subie, la suggestibilité dont

les effets peuvent exceptionnellement se manifester séance tenante; mais dans la grande majorité des cas ces effets ne sont pas immédiatement consécutifs au choc, ils n'apparaissent qu'après un intervalle plus ou moins long que Charcot dénommait « phase de méditation » pendant lequel l'auto-suggestion et la suggestion ont tout loisir d'intervenir. M. Dejerine, reconnaissant qu'il faut écarter les cas de ce genre, ne retient à l'appui de sa manière de voir que ceux où le trouble succède, sans solution de continuité, au choc moral et il rapporte des faits de contracture hystérique qui, s'étant présentés sous cet aspect, auraient été déterminés uniquement par l'émotion. Je lui ferai remarquer que son opinion n'est qu'une hypothèse à laquelle il est aisé d'opposer des objections : il est permis de se demander d'abord si ces sujets n'étaient pas simplement des simulateurs, car les accidents hystériques sont susceptibles d'être simulés; en admettant même leur sincérité, rien n'autorise à affirmer qu'ils n'aient pas été victimes d'une suggestion qu'on n'a pas pu démasquer. Pour déceler l'auto-suggestion en particulier il faut avoir affaire à un individu capable d'analyser suffisamment ses impressions et ses idées.

M. SOLLIER. — M. Babinski vient de dire qu'il admettait que l'émotion produit une inhibition générale sur tous les appareils. Je retiens cette déclaration qui vient à l'appui de ce que je disais ce matin, car dans les phénomènes de contracture, de paralysie, d'anesthésie, nous ne voyons que l'exagération d'un phénomène normal, qui prend telle ou telle forme en vertu des conditions dans lesquelles se trouve le sujet au point de vue mental, et l'organisme au point de vue somatique. Chez l'hystérique le phénomène se trouve amplifié, et son émotion spéciale suffit à expliquer la variété et la multiplicité des troubles dus à l'inhibition qui en est le caractère fondamental.

M. P. JANET. — Toute notre discussion repose sur un point très important qui ne me paraît pas suffisamment éclairci, sur la notion de l'influence que des idées, de simples idées, peuvent avoir sur la conduite, sur la santé morale, sur tout l'organisme. Plusieurs personnes semblent admettre que l'idée de tel ou tel accident que l'on a vu ou que l'on a entendu décrire par le médecin suffit pour changer un individu, le rendre très malade, lui donner pendant très longtemps des attaques graves, des paralysies, des contractures au moins très pénibles, le forcer à rester misérable dans un hôpital pendant des mois et des années. Cette conception que l'on accepte si facilement me semble bien étrange. D'ordinaire des idées même très claires et très importantes, celle de notre avenir, de notre intérêt bien entendu n'ont qu'une action bien faible et bien peu durable sur notre conduite. Il n'y a que des hommes de génie qui puissent consacrer des années de leur vie à une idée et cela nous étonne toujours et voici que de pauvres femmes sans grande puissance morale vont consacrer dix ans de leur vie à l'idée qu'elles ont vu une crise de nerfs ou qu'on leur a parlé deparalysie : je le répète, c'est bien extraordinaire.

M. CROCQ (de Bruxelles). — Nous sommes plusieurs, dans cette assemblée, qui avons pratiqué largement la suggestion hypnotique et à l'état de veille, et je pense que nous serons tous d'accord pour reconnaître, avec M. Janet, que *les hystériques sont souvent difficiles à suggestionner et surtout à endormir.* Nous disons souvent que les sujets normaux sont plus faciles à hypnotiser que les hystériques; c'est l'opinion de Beaunis, Liégeois, Bernheim, etc. Mais si les hystériques manifestent une résistance désespérante à l'égard des suggestions directes, conscientes, qu'on cherche à leur imposer, *ils sont néanmoins d'une suggestibilité étonnante à l'égard des suggestions indirectes, inconscientes, que leur inculquent les circonstances du milieu dans*

lequel ils vivent. C'est ce qui m'a fait dire, l'année dernière, dans cette assemblée, qu'il faut trouver le *joint* pour les influencer.

Etant donnée la résistance que manifestent ordinairement les hystériques à l'égard des suggestions thérapeutiques, je m'étonne, comme M. Janet, des résultats immédiats et faciles qu'obtient M. Babinski.

Notre distingué collègue ne cesse, en effet, de parler d · troubles morbides, qu'il crée et qu'il fait disparaître chez les hystériques. Passe encore pour les produire, mais pour les faire disparaître j'avoue avoir beaucoup plus de difficultés.

M. BABINSKI. — Je suis d'avis que le pouvoir curatif du médecin vis-à-vis des accidents hystériques est considérable. Dans la grande majorité des cas que j'ai été appelé à traiter, j'ai obtenu une guérison rapide; parfois cependant, surtout chez des hystériques atteints d'accidents invétérés, j'ai été obligé d'apporter beaucoup de persévérance dans le traitement. Je reconnais avoir subi aussi quelques échecs, mais peut-être s'agissait-il alors de vulgaires simulateurs; cette hypothse est permise, car, je le répète, il n'existe pas de signe caractéristique nous mettant à même de distinguer sûrement l'hystérique du simulateur.

M. DEJERINE. — Je suis de l'avis de M. Crocq; la suggestibilité n'est pas toujours très marquée chez les hystériques, et c'est là un point sur lequel j'ai déjà beaucoup insisté l'an dernier lors de notre discussion sur l'hystérie. Pour moi, le facteur temps, nécessaire pour obtenir la guérison d'un symptôme hystérique, ne signifie *absolument rien* pour affirmer la nature véritablement hystérique de ce symptôme. Il est des cas où la guérison se fait instantanément, c'est la très grande exception. Il faut d'ordinaire plusieurs jours, très souvent plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois pour faire disparaître une contracture, une hémiplégie, une paraplégie, une astasie- abasie, dont la nature hystérique est indiscutable. Enfin il est de ces malades que l'on n'arrive pas à guérir. Il n'y a pas de différence quant au temps nécessaire à la guérison entre l'hystérique et le neurasthénique. Chez ce dernier il suffit parfois d'une seule conversation pour changer l'état mental et partant pour le guérir, d'autres fois il faut plusieurs mois de psychothérapie.

M. PITRES (de Bordeaux). — Avec quelle satisfaction je viens d'entendre M. Janet! Je crois comme lui que l'idée pure, froide, non accompagnée de concomitants émotifs est inapte à provoquer les accidents hystériques. Les chocs émotionnels, au contraire, ou les idées associées à des processus émotifs intenses sont susceptibles de donner naissance à toute la série des manifestations hystériques. Dans la grande majorité des cas, c'est à la suite d'une émotion subite imprévue qu'éclatent les accidents de l'hystérie. Il en est de même pour les obsessions psychasthéniques. L'émotion est, ce me semble, la plus fréquente et plus importante des causes occasionnelles de l'hystérie et des obsessions psychasthéniques.

M. J. BABINSKI. — Encore une fois, rien ne prouve selon moi que l'émotion puisse par ses propres forces engendrer des troubles hystériques. L'émotion, comme je l'ai dit, peut, à condition qu'elle ne soit pas très violente, s'associer à la suggestion. Mais je crois qu'une émotion violente est incompatible avec la suggestion.

M. O. VOGT. — Je nai pas nié, comme M. Janet semblait le croire tout à l'heure, qu'un grand nombre d'hystériques ne soient plus suggestibles que les personnes normales, mais j'ai prétendu qu'il y avait un certain nombre d'hys-

tériques qui étaient moins suggestibles que des personnes normales pour des suggestions thérapeutiques.

M. G. BALLET. — Si j'ai bien suivi la discussion, il me semble s'en dégager ce qui suit : 1° nous sommes tous d'accord poud admettre qu'une émotion est susceptible de déterminer des contractures ou des paralysies; 2° quel-ques-uns d'entre nous, M. Babinski tout au moins, estiment que l'émotion seule est insuffisante et qu'elle n'agit qu'avec le concours d'une représentation mentale, d'une idée précise de paralysie ou de contracture s'imposant à l'esprit; 3° il resterait à se demander si l'idée pure peut suffire à déterminer des troubles du mouvement durables sans le concours d'un concomitant émotionnel.

M. DEJERINE. — Je ne vois pas comment un sujet, pensant à une contracture, à une paralysie, etc., puisse se laisser paralyser ou contracturer, si à ce moment il ne fait pas de l'émotion. En d'autres termes, je ne crois pas à la puissance de l'idée à froid. C'est l'état émotif, conséquence de l'absence du contrôle cérébral, qui fait que le sujet se laisse impressionner et s'auto-suggestionne.

M. G. BALLET. — Il ne faut pas perdre de vue que le rôle de l'émotion ne comprend pas seulement celui de l'émotion-choc, mais aussi celui des émotions moins brutales et plus durables qui accompagnent beaucoup et vraisemblablement la plupart de nos représentations mentales.

M. DEJERINE. — Pour ma part, j'ai toujours observé chez l'hystérique un parallélisme entre l'intensité de l'émotion causale et l'intensité des troubles consécutifs.

M. J. BABINSKI. — Je suis étonné que M. Dejerinne considère l'émotion comme un agent étiologique si important de l'hystérie. Il insistait l'année dernière sur l'indifférence des hystériques vis-à-vis des accidents divers dont ils sont atteints. N'y a-t-il pas une contradiction entre ces deux opinions?

M. DEJERINE. — Bien qu'étant très émotifs, les hystériques sont d'ordinaire fort peu préoccupés des troubles somatiques consécutifs à leurs émotions et cela quelle que soit l'intensité de ces troubles. Or, c'est le contraire chez les neurasthéniques qui, eux, s'en inquiètent beaucoup trop. Il n'y a pas ici de contradiction, mais seulement une question d'état mental qui est complètement différent dans les deux cas et sur lequel j'aurai à revenir par la suite.

M. SOLLIER. — Il y a, en effet, au point de vue de l'émotivité chez les hystériques, quelque chose de paradoxal. Ils sont indifférents à leurs accidents et très émotifs pour touts sortes d'émotions. Cela tient à leur état mental dont M. Babinski ne tient aucun compte.

M. Henri CLAUDE. — En somme, il me paraît résulter des faits qui ont été apportés, et de la discussion que nous venons d'entendre, que des manifestations symptomatiques auxquelles nous donnons le nom d'hystériques, telles que les crises convulsives, les paralysies et les contractures, *peuvent survenir, dans certains cas, sous l'influence de l'émotion* en dehors de toute suggestion et que d'autre part la *suggestion s'exerçant froidement*, en dehors d'un certain trouble de l'émotivité engendrée par la personnalité du médecin, par le milieu ambiant, la répétition des séances engendrant la crainte et la fatigue chez le sujet, etc., ne peut déterminer à coup sûr, et même chez un hystérique avéré, les symptômes convulsifs ou les troubles moteurs en question. Dans ces conditions il est permis de penser que

l'hystérie est un état névropathique distinct de la suggestivité, et que le pithiatisme et l'hystérie ne se confondent pas.

M. J. BABINSKI. — Je proteste énergiquement contre les conclusions de M. Claude. Notre discussion n'a pas eu du tout pour résultat d'établir que l'émotion puisse créer les accidents que j'appelle pithiatiques. D'ailleurs, l'eût-elle fait, elle ne prouverait pas que ma définition de l'hystérie fût inexacte. Il y aurait lieu de la rejeter si l'on avait démontré que la possibilité de reproduire exactement des troubles par suggestion et de les faire disparaitre par la seule suggestion ou persuasion fût une propriété commune à l'hystérie et à d'autres manifestations indépendantes de l'hystérie, mais rien de pareil n'a été établi.

C. — L'ÉMOTION ET LES ANESTHÉSIES

M. J. BABINSKI. — Cimme je l'ai dit précédemment, je pense que l'accord s'établira sur l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Pour moi, il est absolument évident qu'elle a pour unique cause la suggestion ; il peut à la rigueur s'agir d'auto-suggestion dans les cas d'association hystéro-organique ; quant à l'hémi-anesthésie hystérique pure, elle est déterminée par l'hétéro-suggestion dont le plus souvent le médecin est l'agent. Autrefois je la trouvais fréquemment ; tous les hystériques de la Salpêtrière, presque sans exception, la présentaient. Or, depuis que j'ai appris à éviter la suggestion, j'ai cessé de l'observer. Je ne trouve plus chez mes malades l'hémianesthésie sensitive, l'hémianesthésie sensorielle, le rétrécissement du champ visuel. Si l'émotion pouvait être la cause de ces troubles, on devrait les observer encore et ils devraient même être assez communs.

M. Henri CLAUDE. — Je n'ai pas parlé de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, car je ne l'ai jamais observée chez des sujets qui étaient examinés par moi-même, pour la première fois. Ce que j'ai vu le plus souvent, chez des hystériques, c'est l'analgésie généralisée, coexistant parfois avec des hyperesthésies ovariennes, mammaires ou affectant d'autres l'ocalisations qui n'avaient pas été suggérées. J'ai constaté des anesthésies segmentaires qui s'étaient créées en dehors de toute suggestion médicale.

M. SOLLIER. — L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle n'est pas la seule anesthésie à envisager. Il faut considérer tous les autres troubles de la sensibilité chez les hystériques. Ils ont à mon avis une importance capitale en traduisant l'état fonctionnel du système nerveux. Il n'y a aucune raison de ne pas les rattacher à l'émotion, celle-ci provoquant par inhibition et dissociation des troubles de ce genre aussi bien que des troubles moteurs, avec même tendance à leur fixation, à leur persistance. Quant à les croire le produit d'examens médicaux maladroits, je ne le pense pas.

M. SOUQUES. — Je commence par dire que je n'ai jamais observé d'hémi-anesthésie consécutivement à une émotion. D'autre part, depuis quelques années que je prends des précautions pour explorer la sensibilité des hystériques, je ne vois plus d'hémianesthésie.

M. O. VOGT. — Je n'ai jamais vu d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle chez les malades que j'ai pu vraiment étudier moi-même et j'ai été étonné de la voir décrite par l'Ecole de la Salpêtrière comme un phénomène hystérique presque constant.

M. PITRES (de Bordeaux). — Je me permets de rappeler que même à cette époque l'hémianesthésie n'était pas, pour beaucoup de médecins, le signe fondamental de l'hystérie. L'Ecole de la Salpêtrière a étudié une forme de culture : la grande hystérie. Mais en dehors de la Salpêtrière on ne la retrouva que très rarement.

Je ne crois pas en avoir observé à Bordeaux un seul cas classique, mais j'ai vu beaucoup d'anesthésies en îlots, segmentaires, etc..., de même que j'ai trouvé des hystériques avérés sans anesthésies. J'ai minutieusement analysé ces particularités à l'anesthésie hystérique de mes Leçons cliniques publiées en 1891.

M. BABINSKI. — M. Pitres soutient-il que l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle peut être le résultat de la seule émotion ?

M. PITRES. — Oui, l'hémianesthésie, de même que tous les autres symptômes hystériques, peut être le résultat d'une émotion sans aucune suggestion.

M. JANET a observé l'hémianesthésie en dehors de toute suggestion.

D. — L'émotion et la neurasthénie

4° *Les émotions pouvant créer une dépression passagère chez les sujets normaux, engendreront également chez certains individus les diverses manifestations des* états neurasthéniques. *Mais qu'il s'agisse des formes fugaces et intermittentes ou des formes chroniques et graves de la neurasthénie, il ne semble pas que les émotions, si intenses ou si répétées qu'elles puissent être, soient capables d'engendrer par leur seule action cette affection avec le cortège de symptômes qu'on lui attribue. Un fond de débilité constitutionnelle, de dégénérescence physique ou psychique, héréditaire, paraît toujours être à la base de ces états neurasthéniques dans les formes chroniques. Dans les formes passagères, il y a peut-être lieu de ne mettre en cause qu'un trouble préalable de l'émotivité acquis et transitoire, chez certains sujets.*

M. DEJERINE. — Je considère l'émotion comme la cause *unique* du développement de la neurasthénie, et ici les émotions lentes, mais prolongées, me paraissent devoir être plus souvent mises en cause que l'émotion-choc. Je ne crois ni au surmenage, ni à l'infection ou à l'intoxication comme causes de la neurasthénie. Il n'y a pas de surmenage lorsqu'il n'y a pas de soucis, de préoccupations, lorsqu'en d'autres termes il n'y a pas d'émotion. Ainsi que je l'écrivais déjà en 1886, ce n'est pas le travail même exagéré qui rend neurasthénique, *c'est le travail doublé d'inquiétude*. Pour ce qui concerne le rôle de l'infection ou de l'intoxication dans la genèse de la neurasthénie, je le repousse d'une manière absolue, car si dans la convalescence d'un état infectieux j'ai observé parfois, comme bien d'autres, du reste, des états de fatigue physique ou intellectuelle plus ou moins prolongés, je n'ai par contre jamais observé d'état neurasthénique, sauf dans quelques cas où il y avait eu des causes émotives en plus de l'infection. Et ce que je dis de l'infection je le répéterai pour l'intoxication, qu'elle soit de cause exogène ou endogène. La neurasthénie pour moi est *toujours* une affection de nature psychique et d'origine émotive.

M. SOLLIER. — Avec M. Dejerine je crois au rôle fondamental de l'émotion dans le développement de la neurasthénie, mais je pense que ce qui permet à l'émotion d'agir de la sorte, c'est l'émotivité spéciale préexistante, constitutionnelle, qui diffère de celle de l'hystérique.

Je crois donc que l'émotivité spéciale du neurasténique, c'est-à-dire sa réaction spéciale, sa résistance nerveuse particulière, est le facteur principal de la neurasthénie et que l'émotion n'est qu'un agent provocateur.

M. ARNAUD. — Il s'agirait maintenant de savoir si cette *émotivité*, antérieure aux accidents neurasthéniques, est elle-même la conséquence de chocs émotionnels. Ceci mérite d'être discuté.

M. VOGT. — Il me semble qu'avant d'entrer dans la discussion, il serait nécessaire de préciser la signification du terme *neurasthénie*.

M. Henri CLAUDE. — Il serait peut-être possible de s'entendre sur la définition des états neurasthéniques en regardant ceux-ci comme constitués avant tout par l'épuisement nerveux se traduisant dans le domaine moteur, sensitif, sensoriel et surtout psychique par la diminution d'activité de système nerveux, favorisant l'apparition de phénomènes psychiques secondaires d'un tout autre ordre, phénomènes surajoutés tels qu'obsessions, scrupules, doutes, idées mélancoliques, éclos à la faveur d'une état de dégénérescence mentale et de la diminution de la tension psychologique.

M. VOGT (de Berlin). — Si l'on définit la neurasthénie épuisement nerveux, il faut bien tenir compte que dans les cas d'une certaine durée, on doit distinguer deux périodes : la première, dans laquelle les symptômes relèvent du vrai épuisement et la deuxième dans laquelle les mêmes symptômes ne sont plus les effets de l'épuisement, mais ceux de l'habitude et surtout de la suggestion.

M. J. BABINSKI. — Je suis d'avis, comme M. Henri Claude, que l'épuisement nerveux doit être considéré comme le caractère clinique essentiel de ce que l'on appelle la neurasthénie ; c'est, du reste, le sens que ce mot explique.

M. Henri CLAUDE. — Si nous limitons l'étude des états neurasthéniques au syndrome fondamental d'épuisement nerveux, je pense que ce syndrome, quand il est réellement bien caractérisé, et non à l'état d'ébauche, n'apparait que chez des individus prédisposés, et qu'une émotion intense et prolongée ne crée pas la neurasthénie chez un individu indemne de toute tare névropathique antérieure. En ce qui concerne la prédisposition, il conviendra de distinguer deux catégories de faits : tantôt il s'agit en effet d'individus offrant les attributs du nervosisme héréditaire ou de la dégénérescence mentale, tantôt il s'agit de sujets chez qui la prédisposition est acquise et déterminée par une série d'émotions antérieures répétées par le genre d'éducation, de vie, par le surmenage intellectuel, etc., conditions réalisant le trouble préalable que j'ai déjà eu l'occasion d'invoquer.

M. DEJERINE. — Je ne crois pas qu'un sujet, non prédisposé par un tempérament émotif antérieur, puisse devenir neurasthénique. Je le répète, j'ai toujours trouvé chez tout neurasthénique, en étudiant avec soin son passé, j'ai toujours trouvé dis-je, une tendance à l'émotivité, parfois fort légère, mais toujours appréciable.

D'après mon expérience personnelle les différentes formes cliniques que peut revêtir la neurasthénie et qui ne sont différentes qu'objectivement, car toujours on retrouve derrière elles l'état mental neurasthénique, ces formes, dis-je, tiennent avant tout à la manière variable dont les individus normaux réagissent somatiquement à une émotion. Chez les uns c'est l'estomac qui « se noue, qui se ferme », disent-ils, chez

d'autres c'est une sensation désagréable, pénible, qui apparaît au périnée et dans la vessie, chez un troisième l'émotion détermine des palpitations de cœur, de la diarrhée ou de la polyurie, un quatrième sent ses jambes devenir « comme du coton », un cinquième a beaucoup de peine à « assembler ses idées », etc. Souvent ces extériorisations de sensations sont, à des degrés divers, associées entre elles. Puis le sujet se ressaisit et toutes ces sensations disparaissent, mais *il en reste le souvenir*. Sil ne se ressaisit pas, si son contrôle cérébral n'est pas à un potentiel suffisant, si en d'autres termes, son émotivité persiste, le sujet s'autosuggestionne sur la ou les sensations qu'il vient de ressentir, il se frappe l'imagination et alors surviennent les préoccupations de maladies de tel ou tel organe dont je parlerai tout à l'heure et l'état somatique est créé. Tel est, selon moi, le mécanisme suivant lequel, chez un individu prédisposé, une émotion-choc peut déclancher en quelques heures un état neurasthénique pouvant devenir parfois fort grave, mais dont la gravité est subordonnée avant tout à la manière dont ce sujet sera traité, c'est-à-dire si dès le début on s'occupera de son moral ou seulement de ses troubles physiques.

L'émotion lente, de nature déprimante elle aussi, qui, plus souvent que l'émotion-choc se retrouve à l'origine de tout état neurasténique agit de la même manière que cette dernière, mais beaucoup plus lentement. Les sources de ces émotions lentes sont multiples et il serait oiseux de les énumérer, elles sont d'ordre moral ou affectif.

Ce qui domine donc chez le neurasthénique c'est l'extrême auto- et hétéro-suggestibilité, plus grande encore à mon avis chez lui que chez l'hystérique.

C'est là que gît la différence entre l'hystérique et le neurasthénique, tous deux sont éminemment auto- et hétéro-suggestibles, le dernier encore plus que le premier, mais l'hystérique ne prend pas son état au sérieux, tandis que le neurasthénique le prend au tragique. Et cette différence de réaction tient seulement et uniquement à des différences de caractères, de mentalité primitive, que l'on retrouve toujours dans le passé de ces malades lorsque, ayant obtenu leur confiance, ils vous ont confessé leur vie entière.

M. BABINSKI considère ces troubles comme pithiatiques associés à la neurasthénie.

Pour prouver que la suggestion ou persuasion soit en mesure de guérir les manifestations neurasthéniques aussi bien que les manifestations hystériques, il faudrait s'attaquer aux troubles fondamentaux de la neurasthénie, c'est-à-dire à ceux dont la nature neurasthénique paraît indiscutable et les guérir par ces moyens. Or, je défie bien le psychothérapeute le plus habile de faire disparaître en quelques minutes ou même en quelques jours, les phénomènes d'épuisement d'une neurasthénie bien caractérisée, sur lesquels l'action psychothérapique même prolongée est douteuse.

M. DEJERINE. — Si l'on me demande si j'ai jamais guéri un faux gastropathe en une seule séance de psychothérapie, tout comme il nous est arrivé à tous de faire disparaître instantanément un symptôme hystérique, je répondrai que souvent, après un seul entretien psychothérapique, il m'est arrivé de guérir un faux gastropathe soumis depuis longtemps aux régimes et aux menus et imbu de l'idée que son estomac était malade.

M. J. BABINSKI. — Il résulte de cette discussion qu'il ne se trouve pas ici un seul médecin pour soutenir que les phénomènes cardinaux de la neurasthénie puissent guérir, en quelques instants, sous l'influence de pratiques purement psychothérapiques, ainsi que cela se voit souvent quand il s'agit d'accidents hystériques.

M. Henri CLAUDE. — Je ne crois pas que les phénomènes fondamentaux de l'état neurasthénique puissent guérir par la suggestion et la psychothérapie. Ce que l'on fait disparaître par la rééducation psychique, par la persuation, et encore d'une façon passagère, c'est telle idée obsédante, telle préoccupation hypochondriaque, en un mot, ce que nous avons appelé les phénomènes surajoutés.

M. DEJERINE. — On me demande une définition de la neurasthénie. Voici celle à laquelle je suis arrivé après avoir étudié un nombre considérable de malades atteints de cette affection. Le neurasthénique est un sujet à tempérament émotif chez lequel, un beau jour, à la suite d'une émotion, le contrôle cérébral s'affaiblit. Il s'autosuggestionne sur une sensation ou sur une idée, et devient obsédable et obsédé. Ses craintes portent avant tout sur sa santé physique et intellectuelle, il a des préoccupations hypochondriaques, se frappe sur le fonctionnement d'un quelconque parfois de plusieurs de ses organes. Son état général fléchit plus ou moins, surtout lorsque ses préoccupations portent sur son système digestif et il peut arriver à un état d'épuisement extrême. Lorsque vous étudiez ce malade, vous retrouvez *toujours* chez lui, dans ses antécédents, la trace du caractère antérieur, la tendance à grossir l'importance des choses, tendance qui n'est que la conséquence de son tempérament émotif. On a dit avec raison qu'il fallait avoir un léger degré de neurasthénie pour réussir dans la vie, c'est-à-dire qu'il fallait prendre les choses à cœur, les voir un peu plus grosses de conséquences qu'elles ne le sont en réalité. Tout cela est très vrai; mais si le sujet perd plus ou moins son contrôle cérébral, si l'état émotif finit par l'emporter toujours et partout sur la raison, alors l'état neurasthénique est créé. Ce n'est pas un changement dans la personnalité du sujet, ce n'est qu'une hypertrophie de son émotivité antérieure se traduisant par une auto- et une hétéro-suggestibilité extrêmes.

M. SOLLIER. — Il s'agit de savoir si ce qu'on appelle les phénomènes secondaires de la neurasthénie sont réellement secondaires et non pas primitifs au même titre que l'épuisement nerveux que tout le monde s'accorde à reconnaître comme le fait fondamental de la neurasthénie.

M. VOGT (de Berlin). — Théoriquement, il est facile de délimiter l'épuisement nerveux de la période initiale de la neurasthénie des phénomènes d'habitude et de suggestion de la deuxième période, mais pratiquement, il n'en est plus de même. Etant donné que nous ne savons rien de la vraie nature de l'épuisement, nous en sommes réduits à appeler phénomènes d'épuisements ceux qui apparaissent après la fatigue et qui disparaissent par le repos.

Naturellement, je connais très bien les malades que M. Babinski classe parmi les neurasthéniques chroniques et je suis d'accord avec M. Babinski au point de vue de l'insuccès de toute thérapeutique chez ces malades.

Ces gens sont des *insuffisants constitutionnels* chez lesquels nous devons supposer des troubles de nutrition cérébrale, qui sont bien différents de ceux que nous observons chez les simples épuisés.

M. CROCQ (de Bruxelles). — Pour ma part, je m'en tiens à ce que j'ai dit, dans mon discours d'ouverture au deuxième Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie (septembre 1906) : Je pense que les états neurasthéniques comprennent trois choses bien distinctes :

1° La neurasthénie vraie, maladie autonome et curable;

2° Les états neurasthéniques constitutionnels, contre lesquels notre théra-

peutique est le plus souvent impuissante;

3° Les syndromes neurasthéniformes, accompagnant ou précédant certaines maladies organiques et dont le pronostic varie suivant la nature même de ces maladies.

Je pose en fait que *les émotions peuvent, si elles sont suffisamment intenses ou suffisamment répétées, créer des neurasthénies typiques, chez des sujets non prédisposés;* c'est l'émotion elle-même qui, alors, crée la prédisposition et la maladie.

La neurasthénie peut être créée de toutes pièces par des émotions, que celles-ci soient de moyenne intensité et répétées ou qu'il s'agisse d'une émotion unique, mais très intense.

E. — L'émotion et les névroses traumatiques

7° *Les émotions peuvent engendrer des états pathologiques mal classés, qui consistent en une exaltation permanente de l'émotivité et se manifestent par les réactions de même ordre que celles qui traduisent l'émotion, mais dont le sujet est conscient : il s'agit dans ces cas, en quelque sorte, d'une émotion prolongée et raisonnée. Ces états, dont les symptômes les plus fréquents consistent en troubles sensitifs et sensoriels, tremblements, asthénie, anxiété, dépressions, hallucinations, etc., surviennent surtout à la suite de grands traumatismes; ce sont ces états essentiellement émotifs que lon a groupés sous la dénomination de* névrose traumatique.

M. J. BABINSKI. — Les faits enregistrés par les médecins qui ont eu l'occasion d'assister à des catastrophes collectives et d'en observer les conséquences semblent bien établir que l'émotion profonde, le traumatisme moral est capable de produire des effets durant au moins pendant plusieurs mois.

Cet ensemble de symptômes constitue un véritable état morbide que l'on serait en droit de dénommer « névrose émotive ».

Cette dénomination me semble préférable à celle de « névrose traumatique » par laquelle certains auteurs ont voulu désigner les mêmes phénomènes. Ce dernier terme prête à la confusion, car s'il exprime une perturbation nerveuse sans lésions apparentes, il s'applique à tous les troubles que peut engendrer un traumatisme, qu'il soit physique ou qu'il soit moral.

M. Henry MEIGE. — La désignation de *névrose émotive* proposée par M. Babinski me paraît excellente, à la condition d'en délimiter le sens. Il serait nécessaire, autant pour la précision du langage que pour rester conforme à la vérité clinique, de réserver le terme de *névrose émotive* à l'ensemble des accidents qui peuvent être considérés comme *une prolongation ou une amplification inusitée des phénomènes physiologiques qui accompagnent communément l'émotion.*

M. DEJERINE. — Nous serons vraisemblablement tous d'accord pour admettre que l'émotion brusque peut produire les symptômes de la névrose dite traumatiques et pour ma part je crois que l'émotion-choc en est la cause seule et unique. Je parle bien entendu des cas dans lesquels le traumatisme ayant été léger, insignifiant ou nul on ne peut songer à l'existence de lésions matérielles des centres nerveux.

Pour la névrose traumatique comme pour l'hystérie et la neurasthénie, je crois que l'émotion ne peut agir que sur un terrain prédisposé. J'ai toujours, pour ma part, trouvé dans tous les cas de névrose traumatique et d'hystéro-

neurasthénie traumatique que j'ai examinés une prédisposition antérieure, un tempérament émotif chez le sujet. Je ne crois pas que la névrose traumatique puisse se développer chez les sujets non prédisposés. Quant au mécanisme suivant lequel se produisent les accidents, il n'est pas d'une explication facile, car c'est dans le domaine du subconscient que ces phénomènes se passent.

M. CROCQ (de Bruxelles). — Pour bien juger les névroses traumatiques, *il ne faut étudier que les cas où aucune indemnité n'est en jeu,* sinon on se trouve en présence d'individus qui *simulent* ou qui sont *inquiétés* par l'idée de leur réparation.

Cette préoccupation constante peut, à elle seule, provoquer l'état essentiellement émotif auquel fait allusion M. Claude. Supprimons cet élément de nature à nous induire en erreur, *ne nous occupons que des névroses traumatiques sans lésions et sans procès, et nous verrons que ces névroses ne diffèrent pas essentiellement des autres.*

Leur étiologie seule diffère : *l'intensité de l'émotion morale est de nature à donner lieu à des manifestations névrosiques graves chez des sujets non prédisposés.* L'intensité de l'émotion est le seul élément important et *cette intensité n'est même pas propre aux névroses traumatiques,* puisque, chez l'avocat dont j'ai relaté tantôt l'observation, elle a atteint un degré au moins aussi élevé.

F. — L'ÉMOTION ET LES CHORÉES

5° *L'émotion provoque certains* accidents choréiformes, *certaines* myoclonies, *au même titre que la suggestion, l'imitation. Elle ne détermine pas la* chorée de Sydenham, *mais elle en exagère nettement les symptômes.*

M. SOUQUES. — L'infection ou la toxi-infection, telle est la cause véritable de la chorée. Celle-ci apparaît de plus en plus comme une maladie organique, bénigne et curable, produite par une toxi-infection agissant sur le système nerveux central des enfants.

Si l'émotion ne crée pas la chorée vulgaire, il est d'observation courante qu'elle l'exagère et ainsi la fait voir à des yeux qui ne la voyaient pas jusque-là, soit parce qu'ils ne savaient pas regarder, soit parce qu'elle n'était pas apparente. Un choréique plus ou moins latent, qui vient d'être victime d'une émotion, est mieux observé par les siens et offre, en outre, des mouvements plus étendus. Cette émotion n'a pas causé les mouvements, elle les a seulement augmentés et rendus visibles.

M. ODDO (de Marseille). — Les émotions sont une cause fréquente d'aggravation, de rechute ou de récidive dans la chorée de Sydenham. Leur influence est d'autant plus grande que le choréique est un émotif. Les causes de ces émotions aggravantes sont souvent minimes. Leur effets sont souvent immédiats.

Les grandes émotions, les émotions chocs peuvent avoir une influence déterminante sur l'apparition de la chorée de Sydenham. Ces faits sont assez rares. (Je les ai observés 10 fois sur 150.) Habituellement ces émotions déterminantes de la chorée sont suivies d'une période de méditation qui précède de deux à quinze jours l'apparition de la maladie.

Les prédispositions névropathiques héréditaires ou personnelles ne manquent guère chez les choréiques qui ont subi l'action aggravante ou déterminante de l'émotion.

M. CROCQ (de Bruxelles). — Tout dépend de ce que l'on appelle la chorée de Sydenham : pour ma part, je qualifie ainsi l'affection bien connue qui ne me paraît pouvoir être confondue avec aucune autre. Me basant sur l'observation clinique, je ne puis différencier la chorée due à une infection décelable de celle qui ne paraît relever que d'une origine nerveuse.

Placé sur ce terrain, je n'hésite pas à dire catégoriquement que *la chorée de Sydenham peut être engendrée, de toutes pièces, par des émotions morales.*

G. — L'ÉMOTION ET LES TICS

6° *L'émotion exagère les tics, mais ne les crée pas : elle peut placer le sujet dans des conditions d'opportunité pour la genèse des tics, qui résultent en réalité de perturbations mentales sur un terrain de dégénérescence.*

M. Henry MEIGE. — Assurément l'émotion ne saurait suffire à créer les tics. Elle peut les exagérer, mais ce n'est pas une règle absolue : il existe à cet égard de nombreuses différences individuelles qui s'expliquent suffisamment par les variantes psychologiques des tiqueurs.

M. P. JANET. — D'une manière générale je partage l'opinion de M. Meige et je ne crois pas que le tic proprement dit soit un résultat immédiat de l'émotion. Cela résulte de la nature même du tic qui est un symptôme systématique d'évolution tardive.

1° M. Meige reconnaît déjà que l'émotion augmente beaucoup les tics déjà existants, cela est évident, je n'y reviens pas.

2° Il est certain aussi que l'émotion peut faire réapparaître gravement des tics complètement disparus.

3° Il faut savoir également que l'émotion systématise le tic et peut lui donner telle ou telle forme qu'il n'avait pas.

M. CROCQ (de Bruxelles). — En ce qui concerne les *tics*, je suis de l'avis de M. Claude : *ils ne peuvent pas être créés par l'émotion.* Je n'en ai jamais observé un exemple.

Toujours j'ai trouvé, chez le tiqueur, un état mental spécial, une constitution psychopathique particulière, un terrain dégénératif indéniable.

Je conclus donc, comme pour l'épilepsie, que *l'émotion ne peut engendrer de toutes pièces les tics.*

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Les anorexies nerveuses

par le Dr PAUL SOLLIER
Médecin du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine

(Conférence faite à la Société de Neurologie de Bruxelles)

On ne connaissait guère autrefois qu'une forme d'*anorexie nerveuse* qu'on rattachait à l'hystérie. J'ai montré dès 1890 que l'on devait y distinguer deux formes : l'une primitive, l'autre secondaire, distinction adoptée par Bouveret, et qui n'a pas seulement un intérêt théorique mais un intérêt pratique, la première étant plus grave et nécessitant un traitement que la seconde ne nécessite pas, cette manifestation disparaissant d'elle-même avec les autres troubles de l'hystérie. J'ai démontré expérimentalement avec Parmentier, au Congrès de Médecine de Lyon, en 1894, que cette anorexie hystérique tenait à une anesthésie de l'estomac, dont les variations de chimisme suivaient rigoureusement les variations de la sensibilité, donnant ainsi la clef des particularités observées au cours de l'état d'anorexie.

Plus tard, je me suis aperçu que beaucoup de cas attribués à l'hystérie ne lui appartenaient pas, et constituaient une forme spéciale que j'ai désignée sous le nom d'*anorexie mentale*. J'ai publié ces faits au Congrès de Neurologie de Bordeaux, en 1895, et en m'appuyant sur douze observations, dont neuf s'étaient terminées par la mort, soit par cachexie progressive, soit par tuberculose pulmonaire, j'ai indiqué les caractères qui différenciaient cette *forme mentale* de l'*anorexie hystérique primitive*. Régis, d'accord avec moi proposait d'appeler cette forme *anorexie cachectique de la nubilité*, et la rattachait à la neurasthénie en proposant le terme de neurasthénie d'évolution.

Enfin plus tard, j'ai cherché à établir qu'il existait dans cette anorexie mentale, d'un caractère très grave, comme on peut s'en rendre compte par le taux de sa mortalité, diverses formes, dues à des origines un peu différentes, et qu'on pouvait ranger sous une dénomination générale de *psychopathies gastriques*.

Si je rappelle ces travaux et ces dates, c'est qu'on a beaucoup parlé dans ces dernières années d'anorexie mentale, de troubles gastriques d'origine psychique, de psycho-névroses gastriques, d'obsessions de l'alimentation, et d'une façon générale, des troubles de la nutrition en rapport avec des troubles psychologiques ou moraux, en

paraissant oublier complètement que j'avais signalé et distingué tout cela depuis longtemps, en indiquant en même temps la thérapeutique psycho physiologique qu'il convenait d'appliquer dans ces formes.

Je voudrais donc revenir un peu sur ces faits aujourd'hui, et examiner rapidement quelques-unes des formes principales que peuvent revêtir les *psychopathies gastriques*.

On peut en distinguer *trois grandes catégories* avec les variétés ci-après :

1° Par *idée fixe* : obsession d'une maladie de l'estomac, désir de se rendre malade, de mourir, ennui de la vie, obsession de la maigreur;

2° Par *phobie* : peur d'engraisser, peur d'étouffer en avalant, peur de congestion pendant la digestion, peur de douleurs stomacales ou intestinales, peur d'indigestion, peur de ralentir l'activité physique ou intellectuelle.

3° Par *inhibition* : de cause physique : irrégularités ou arrêts accidentels de la fonction digestive, insuffisance de l'alimentation (régimes réduits), arrêt d'évolution à l'adolescence; de cause morale : émotions continues ou répétées, passions contenues.

Les cas d'anorexie dus à des idées fixes ou à des phobies sont bien connus aujourd'hui et je ne veux pas y insister ici. Toutefois le genre d'obsession ou de phobie qui en est le point de départ n'est pas indifférent à faire ressortir au point de vue du pronostic et de la curabilité.

C'est ainsi que des trois sortes d'idées fixes, d'obsessions que l'on rencontre principalement, l'obsession d'une maladie de l'estomac est certainement la plus curable, et il est des cas où elle peut céder presque immédiatement à la suite d'une consultation. Ce sont de ces cas qui sont le triomphe de la psychothérapie. Il suffit, en effet, de montrer au malade ce qu'il doit faire pour guérir, c'est-à-dire s'alimenter normalement, pour que, s'il le fait, il guérisse rapidement. Ce n'est pas parce qu'il est persuadé n'avoir pas de maladie, ce n'est pas par psychothérapie qu'il guérit, comme on le prétend, c'est parce qu'il remet son estomac en fonction et que loin d'en ressentir des inconvénients comme il le croyait, il s'en trouve bien au contraire. Ce qu'on a à lui persuader dans ces cas, ce n'est pas qu'il n'a pas une maladie d'estomac, car cette suggestion ne durerait guère, c'est de faire ce qu'on lui ordonne de faire pour le guérir.

L'anorexie par désir de se rendre malade, de mourir même, est beaucoup plus sérieuse. Le sujet, au début, se retient de manger quoique ayant faim. Au bout d'un certain temps il n'a plus faim réellement, et le moral étant de plus en plus atteint, le dégoût de la vie de plus en plus marqué, il a de la nourriture une véritable répulsion, comme de tout ce qui le rattache à la vie. Pour guérir ces cas il faut de toute nécessité supprimer la cause morale à l'occasion

de laquelle ils sont éclos. Quelquefois d'ailleurs ils guérissent par un autre mécanisme. La cause obsédante est en général minime, et, tout en restant fixée dans l'esprit du malade par une sorte d'habitude, s'est estompée. De sorte qu'il suffit de forcer le sujet à s'alimenter, de réveiller ses fonctions amoindries, de stimuler son activité organique pour voir l'idée fixe disparaître. Toutefois la propension qu'ont certains sujets à rechercher tout ce qui peut ralentir ou même raccourcir leur existence, altérer leur santé, indique chez eux une faiblesse constitutionnelle, un manque de vitalité, qui, aux moindres occasions, se manifeste de nouveau. Les plus petits ennuis, l'ennui d'une façon générale, suffisent à leur faire réduire leur alimentation, à perdre le peu d'appétit qu'il ont jamais.

Plus graves encore sont les formes où il y a obsession de la maigreur, qui atteint dans certains cas un degré invraisemblable. Je traite en ce moment même une jeune femme de 20 ans, qui mesure 1^{m}54 et pesait, quand elle m'a été confiée, 26 kilog. 300. On a signalé de véritables états délirants quelquefois.

Ces différentes causes sont d'ailleurs rarement isolées. Presque toujours il y a eu mélange des unes et des autres, et le sujet passe de l'une à l'autre. On commence, par exemple, par vouloir se rendre malade pour obtenir quelque chose qu'on vous refuse, puis on a mal à l'estomac, et la conviction s'installe d'une maladie d'estomac. Enfin, le moral se modifiant au fur et à mesure que l'état physique persiste et s'aggrave, on en arrive à se convaincre, pour convaincre les autres, qu'il est beaucoup mieux d'être maigre, qu'on est beaucoup plus à l'aise, qu'on a plus de facilité à se mouvoir, et, en effet, ces sujets sont atteints d'une activité automatique excessive. De sorte que l'obsession de la maigreur se substitue aux autres idées fixes qui l'avaient précédée, et se fond avec elles. Mais elle peut être primitive aussi et ce sont là les pires conditions de guérison. Ce sont ces cas auxquels j'ai particulièrement fait allusion en décrivant l'anorexie mentale, et en montrant qu'elle se terminait si souvent par la mort.

Les formes d'anorexie par phobie sont très nombreuses, mais beaucoup moins graves que les formes par obsession. Tous les points du tube digestif, tous les actes de la digestion peuvent servir d'origine aux phobies d'alimentation. L'anorexie n'est pas primitive. Le sujet peut avoir encore faim à certains moments et même a quelquefois des accès de boulimie alternant avec de l'anorexie. Mais il a peur de céder à son appétit et au bout d'un certain temps celui-ci se perd complètement. La phobie a l'air de s'atténuer, tout simplement parce que l'occasion qu'elle a de se manifester ne se présente plus. Le sujet n'ayant plus faim la peur qu'il a des conséquences de l'alimentation ne se produit plus. Elle se montre dès qu'on veut le forcer à manger.

Mais il faut reconnaître que les cas sont peu rebelles, et il suffit

souvent de quelques repas pris avec le médecin près de lui afin de le rassurer, de lui montrer que ses craintes étaient illusoires et qu'il ne risquait rien, pour que le malade abandonne sa phobie. Il faut d'ailleurs, pour le déclarer guéri, que son état physique général soit redevenu normal, car, sans cela, on est sûr qu'au moindre petit trouble digestif la phobie reparaîtra.

On a ainsi des malades qui ne mangent pas parce qu'un jour qu'ils ont avalé de travers ils ont cru s'étouffer. Un spasme émotionnel les saisit dès qu'ils veulent avaler de nouveau, et ils aiment mieux renoncer à manger. D'autres, aérophages le plus souvent, ont peur d'avoir une congestion s'ils se remplissent l'estomac, ou simplement d'avoir une indigestion. La peur du retour de douleurs stomacales ou intestinales, ressenties une fois accidentellement suffit chez certains autres pour leur donner la peur de l'alimentation. Enfin, il en est certains qui trouvent que la digestion les rend plus lourds d'esprit, et qui arrivent à se nourrir d'une façon exiguë pour ne pas ralentir leur activité intellectuelle.

Ces formes d'anorexie, ordinairement secondaire à la phobie, ne sont pas très graves. On en vient à bout assez rapidement en remettant les malades à une alimentation normale qui doit être surveillée et dirigée médicalement dans les premiers temps. Car, comme tous les phobiques, les malades, et leur entourage aussi d'ailleurs, se font des concessions qui, comme je l'ai montré ailleurs, ne font qu'entretenir la phobie qu'il s'agit de combattre.

Ce sont là encore de ces cas où la psychothérapie fait merveille, mais à une condition, c'est qu'on alimente le malade. Si on se contentait de lui faire de la psychothérapie pour le débarrasser de sa phobie, sans l'alimenter — et l'alimenter normalement — on risquerait fort d'attendre longtemps la guérison. On guérit les phobies en faisant agir le malade, plus qu'en le raisonnant, en lui faisant faire ce qu'il a peur de faire, après l'avoir rassuré et lui avoir donné confiance. Ici le rôle de la psychothérapie est le même. Il se borne à rassurer le malade et à tâcher d'obtenir de lui qu'il fasse ce qu'on lui dit qu'il peut faire sans danger. Mais si cela ne suffit pas pour qu'il agisse comme il doit, il n'y a qu'à le faire agir par ordre, à l'obliger à faire ce qu'il faut, et le fait d'avoir agi sans les conséquences fâcheuses qu'il redoutait, est d'une bien autre efficacité que tous les raisonnements et toutes les affirmations rassurantes possibles. Et la preuve en est que si l'on veut guérir vite ces malades, c'est de ne pas les raisonner, c'est de leur démontrer par le fait accompli que leur crainte était vaine.

J'ai hâte d'en arriver à la troisième catégorie d'anorexiques, ceux par inhibition sur lesquels il me semble qu'on a fort peu fixé l'attention.

Cette inhibition fonctionnelle de l'appareil digestif peut se mon-

trer à la suite de deux ordres de causes : les unes morales, les autres physiques.

Voyons d'abord les causes morales. On sait que normalement une émotion désagréable « coupe l'appétit », et que très souvent même, si on a commencé de manger la digestion se ralentit et s'arrête même quelquefois donnant lieu à une indigestion avec vomissement. Il est vraisemblable que sous l'influence des émotions la sécrétion stomacale s'arrête et qu'il y ait d'abord du spasme, puis de l'atonie de l'estomac. Mais si nous laissons de côté le mécanisme par lequel les choses se produisent réellement, l'observation est là pour nous montrer le ralentissement, l'arrêt même de la fonction stomacale sous l'influence des émotions, tant au point de vue des sensations fonctionnelles que de la fonction motrice et sécrétoire de l'estomac, et peut-être de tout l'appareil digestif, puisqu'on observe également des troubles du côté du pharynx, des glandes salivaires et du côté de l'intestin.

On sait, d'autre part, combien les émotions continues, répétées, combien les passions contenues, réprimées, dissimulées, agissent profondément sur notre affectivité, sur notre fonctionnement viscéral, sur notre économie tout entière, les ralentissent, les amoindrissent et finissent même par faire tomber les sujets qui y sont exposés dans des états de dépression physique et morale profonde. Cela s'explique assez facilement : les émotions répétées, les passions contenues, réagissent tout d'abord sur l'appétit qu'elles diminuent ou abolissent; par suite de la perte de l'apétit on s'alimente moins, et l'alimentation insuffisante amène de la dénutrition dont les effets se manifestent aussi bien dans la sphère morale que dans la sphère physique, et souvent dès le début amène de l'insomnie qui ne fait qu'aggraver l'épuisement général.

Ces cas d'anorèxie sont très nombreux. Ils se produisent souvent chez des jeunes filles impressionnées par des scènes de famille au moment des repas, par des reproches qu'on leur fait à ce moment, par des discussions aigres-douces qui se reproduisent à la moindre occasion, qu'on sent toujours menaçantes. Ou bien c'est un état d'appréhension entretenue chez beaucoup de gens par des préoccupations d'hygiène alimentaire absurdes ou excessives. Il y a des gens qui, tout le temps de leur repas, se demandent s'ils ont tort ou raison de manger ceci ou cela, de manger telle ou telle quantité, et tremblent s'ils se sont laissés aller à prendre d'un plat qu'ils aimaient en trop grande quantité peut-être.

J'ai eu à soigner un avocat qui était arrivé à un degré de maigreur extrême par ce mécanisme-là. Il avait fini par peser tous ses aliments à table, et leurs quantités variaient de 10 à 20 grammes. Si on lui avait donné 12 grammes au lieu de 10 qu'il croyait lui être nécessaires il était dans l'angoisse des conséquences d'une pareille infraction, convaincu qu'il n'allait pas pouvoir digérer. Et, de fait, cette

émotion qu'il se créait ainsi, qu'il avait cultivée soigneusement, qui se répétait et s'accentuait à mesure qu'il s'affaiblissait, retentissait réellement sur sa digestion. Il me suffit de lui faire prendre un régime mixte normal comme quantité et comme composition pour qu'en huit jours il regagnât trois kilos et fut convaincu de l'absurdité de sa manière de faire jusque-là.

Les médecins doivent faire leur mea culpa dans beaucoup de ces cas. Ce sont eux qui, en prescrivant des régimes restreints, en éliminant de l'alimentation tel ou tel aliment pour des raisons qui ne sont bien souvent qu'une question de mode, développent dans l'esprit de certains malades qui ne le sont pas en réalité, mais craignent de l'être, des appréhensions au sujet de leur nourriture qui en font de véritables malades. Le plus joli cas de ce genre que j'aie vu est celui d'un de nos confrères qui, fatigué par la préparation d'un concours qui le préoccupait beaucoup, mangeant assez rapidement et sans cesser de penser à son concours, eut quelques maux d'estomac, comme cela arrive en pareil cas.

Le malheur voulut qu'il consultât à ce sujet. On lui conseillait quelques cachets et surtout d'éviter tels ou tels aliments. Il commença à s'observer à table, à se préoccuper de son alimentation pendant tout le temps des repas. Son concours fini, et bien qu'il y eût réussi, il continua à avoir des digestions difficiles et à réduire de plus en plus sa nourriture, éliminant telle chose, puis telle autre, dès qu'il croyait que c'était à celle-là qu'il fallait attribuer la gêne qu'il avait eue la veille. Il en arriva à ne plus se nourrir du tout. Il consulta ses amis, ses maîtres, et tomba enfin sur un homme qui a une certaine réputation et qui n'est qu'un charlatan. On lui réduisit encore son alimentation, qui finit pas ne plus se composer que de quelques biscottes, de quelques cuillerées à café de lait, prises d'heure en heure. Le malheureux s'affaiblissait de plus en plus, ne dormait plus, se croyait perdu, finissait par avoir une hyperesthésie générale de tous les sens. On le mit dans une demi-obscurité, avec des lunettes bleues; on fit le silence autour de lui, avec du coton dans les oreilles; on lui interdit de parler pendant plus de cinq minutes de suite. Il continua de dépérir. Il avait consulté dix-neuf médecins, et non des moindres, avait pris toutes la pharmacopée des maladies d'estomac, avait fait tous les régimes et était en train de périr d'inanition. Depuis trois ans il avait abandonné sa clientèle, après s'être soigné depuis son concours, c'est-à-dire depuis une dizaine d'années. Il lui aurait suffi alors de se reposer quelque temps à la campagne pour éviter tout cela. Ce sont les soins inopportuns qu'il reçut qui le mirent dans l'état lamentable où il m'arriva.

Ayant constaté la parfaite intégrité de son organisme et en particulier de son tube digestif, je rattachai sans peine tous ses troubles à la dénutrition, à l'inanition. Et d'emblée je lui fis prendre un repas complet : potage, plat de viande, plat de légumes, dessert.

Tout passa admirablement, comme toujours en pareil cas. Le lendemain il avait dormi comme cela ne lui était plus arrivé depuis longtemps. En quelques semaines il avait reconquis son poids normal et se portait admirablement, ayant acquis en outre cette conviction qu'il faut manger pour vivre. Il reprit sa clientèle et depuis une dizaine d'années il n'a jamais eu la moindre rechute.

Je pourrais citer bien des cas semblables, survenus de la même façon, par le même mécanisme : émotions répétées amenant l'anorexie, ou appréhensions spontanées ou médicalement provoquées et entretenues par erreur de diagnostic, mais constituant un état émotionnel inhibiteur de la fonction digestive.

Et cette constatation m'amène tout naturellement à l'anorexie par inhibition de cause physique. Dans le cas que je viens de citer celle-ci joue aussi son rôle. Si l'inhibition fonctionnelle est primitivement provoquée par l'état émotionnel, secondairement la désuétude fonctionnelle, l'insuffisance de sa stimulation normale, agissent non moins profondément. Et nous arrivons ainsi à des formes dans lesquelles c'est l'inhibition physique qui est seule en cause, et qui se montre primitivement.

Tels sont les cas dans lesquels, sous l'influence d'irrégularités dans les repas, d'une alimentation précipitée, nous voyons se développer, chez des névropathes prédisposés, des états d'anorexie. J'ai observé par exemple une jeune fille qui, pour suivre des cours artistiques l'intéressant beaucoup, ne prenait pas le temps de manger. Elle se passait quelquefois de déjeuner, ou déjeunait avec précipitation et d'une manière insuffisante, ou dans des conditions de mauvaise assimilation en tout cas. Le résultat fut qu'au bout de quelque temps de ce régime, elle perdit l'appétit, puis, quand elle mangeait, éprouva des brûlures, des douleurs d'estomac, qui la firent encore plus renoncer à s'alimenter. Elle prit de moins en moins de nourriture, par raison et non par besoin, et devint bientôt complètement anorexique; en même temps que, comme toujours en pareil cas, son activité automatique se développait et lui donnait l'illusion de forces factices et d'infatigabilité. Elle en arriva à ne plus manger, à dépérir, à avoir des spasmes dès qu'on essayait de la nourrir davantage, et même des crises de suffocation avec congestion de la face, qui faisaient renoncer à toute tentative nouvelle. Bien entendu tous les régimes moraux et diététiques avaient été essayés sans succès : loin de là, les choses s'étaient aggravées à chaque régime alimentaire nouveau. Isolée, alimentée d'emblée normalement, malgré les crampes et les brûlures d'estomac qu'elle ressentit d'abord, cette malade guérit parfaitement en quelques semaines.

Je dois attirer l'attention sur deux points particuliers qui ont une grosse importance dans l'évolution de ces formes : c'est celui des douleurs gastriques des malades, et celui des régimes réduits qu'on emploie chez eux.

Tantôt, comme dans le cas précédent, c'est l'irrégularité des repas, puis l'insuffisance de l'alimentation, qui amènent de l'anorexie accompagnée de brûlures d'estomac, de sensation de gonflement, de réplétion gênante, étouffante, dès qu'on combat l'anorexie et qui contribuent ainsi à la développer; tantôt, ce sont primitivement des douleurs d'estomac du même genre qui surviennent par suite de surmenage, de fatigue, comme c'est le cas le plus souvent, et qui poussent le malade à consulter. Si, au lieu de le mettre simplement au repos, en rattachant ces troubles gastriques à son surmenage, à son état de fatigue, on traite l'estomac pour une maladie supposée de cet organe, on aggrave immédiatement tous les phénomènes. Et non seulement les médicaments sont dangereux dans ces cas, mais plus encore les régimes réduits qu'on institue. On supprime de plus en plus de mets dans l'alimentation, on en arrive aux régimes semi-liquides, puis aux liquides, au lait seulement, et le malade périclite alors de plus en plus.

L'alimentation insuffisante qu'on a avec les régimes réduits est une des causes les plus aggravantes, et quelquefois même la cause provocatrice de l'anorexie chez les surmenés, qui n'ont des troubles digestifs qu'à ce titre de surmenés.

C'est alors que l'élément douloureux intervient pour accentuer les choses et diriger malade et médecin dans la mauvaise voie. En effet, que des douleurs d'estomac aient amené à réduire le régime, ou qu'elles se soient montrées seulement quand on a essayé de revenir à une alimentation plus copieuse, les choses se passent de la même façon. L'anorexique qui a réduit de plus en plus son régime à cause des douleurs et de la gêne qu'amène la digestion, arrive à en avoir autant avec le régime le plus réduit et le plus insuffisant, et finit ainsi par ne plus rien tolérer du tout. Si, comme il arrive parfois, il n'y a que de la gêne avec le régime restreint, dès qu'on veut le rendre plus substantiel on détermine des brûlures, des crampes, du ballonnement de l'estomac. Effrayé, on n'insiste pas et on revient au régime réduit; et le mal fait des progrès.

Ce qu'il faut, c'est savoir que tout organe qui a cessé de fonctionner normalement depuis un certain temps, toute fonction ralentie ou suspendue, ne reprennent leur activité normale qu'au prix de sensations plus ou moins pénibles, et qu'au lieu de les considérer comme une manifestation fâcheuse et une raison de recul, il faut au contraire y voir un signe de retour de la fonction organique et persévérer dans la marche en avant. Et, en effet, en procédant ainsi, après en avoir averti le malade pour qu'il ne s'en effraye pas, on constate que ces douleurs cèdent rapidement en quelques jours. Et j'ajoute même qu'elles doivent se montrer; car il est des cas où elles ne se produisent pas quand on réalimente l'anorexique. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'elles apparaissent et elles sont

alors le signe prémonitoire du retour de l'appétit, sans lequel on ne en effet, un signe suffisant. Il faut, en outre, et avant tout, que l'appétit normal soit revenu pour que l'anorexie soit véritablement disparue. C'est peut-être un truisme que de dire cela, mais il est des truismes qu'il faut répéter.

Il est enfin une dernière forme d'anorexie assez fréquente et que j'appelle l'*anorexie d'évolution*. Elle survient exclusivement à la puberté et peut durer des années. Elle se montre fréquemment peu après les premières règles qui ne surviennent qu'un petit nombre de fois et cessent de paraître. En même temps il y a un arrêt complet de l'évolution de la jeune fille : arrêt physique, intellectuel et moral. Elle cesse de grandir après avoir grandi souvent beaucoup et trop rapidement, elle cesse de s'intéresser à ses études, a de la difficulté à apprendre, elle devient sauvage, n'aime plus la société, s'ennuie, reste à rêver sans but, ne sait plus s'occuper et se distraire comme avant, devient triste, taciturne. Elle cesse de manger, maigrit, dort mal, s'affaiblit tout en prétendant, comme tous les anorexiques, ne pas être malade et ne jamais se sentir fatiguée.

Dans quelques cas on trouve à l'origine une contrariété, une cause morale insignifiante. Mais bien souvent on ne trouve rien de ce genre, et ce qu'on rencontre ce sont des troubles menstruels, une difficulté de l'établissement des règles, ou un arrêt brusque de celles-ci sous une influence quelconque, refroidissement accidentel ou provoqué pour les faire cesser, etc. Toujours est-il que l'évolution de la jeune fille cesse de se faire et qu'à 18, 20 ans, on la trouve avec les apparences physiques et le niveau intellectuel et moral d'une enfant de 13 à 14 ans.

L'inhibition est générale dans ces cas. C'est tout l'organisme qui y participe. L'anorexie et le défaut d'assimilation n'en sont que des manifestations au même titre que les troubles de toutes les autres fonctions. Cette inhibition peut atteindre un degré extraordinaire. Je soigne en ce moment une jeune femme de 20 ans, qui mesure 1^m54 et ne pesait à son arrivée au Sanatorium que 26 kil. 300. Elle en pèse 38 aujourd'hui. Mais au début, non seulement il y avait une atonie absolue de l'estomac et de l'intestin qui se laissèrent pendant très longtemps distendre par l'air qu'elle déglutissait avec ses aliments, mais elle avait une ischurie allant jusqu'à 300 et 250 grammes par jour, malgré une consommation de boisson d'un litre à 1200 grammes par jour. En outre, son foie était tellement incapable de transformer les aliments qu'on lui donnait que dans les premiers jours où elle fut remise à une alimentation normale, elle fit 20 à 25 grammes de sucre par litre. Fonction hépatique, fonction rénale, fonction digestive, tout était atteint à la fois.

Un dernier mot que me suggère justement cette malade à propos du régime à employer dans ces cas. Elle avait été soumise naturellement à tous les régimes possibles. En dernier lieu elle fut mise au

lait exclusivement. En trois semaines elle perdit alors six kilogs. C'est ce qui se produit toujours en pareil cas, au moins d'après mon expérience personnelle. Le régime lacté est le plus mauvais régime, le plus débilitant et le moins assimilable. Je suis donc absolument partisan, et plus que jamais aujourd'hui, après vingt ans de pratique dans près de 300 cas d'anorexie de formes diverses, d'employer le régime normal, et de l'employer d'emblée sans transition.

Chez la malade dont je viens de vous parler, j'ai essayé, au cours de son traitement, en raison des gaz intestinaux qui la gênaient beaucoup, de la soumettre au bouillon de Tissier avec le régime sans albuminoïdes qu'il comporte. Aucune amélioration ne se produisit au point de vue des gaz, et aucune augmentation de poids n'eut lieu pendant une quinzaine. Remise au régimenormal, mixte, le poids reprit sa courbe ascendante, et peu à peu l'estomac d'abord cessa de se tympaniser, puis l'intestin de fabriquer des gaz en aussi grande abondance.

J'insiste donc d'une façon tout à fait particulière sur ce point que, chez les anorexiques, c'est au régime normal qu'il faut avoir recours toujours et tout de suite, sans tenir compte de la gêne ni des douleurs stomacales qui peuvent, qui doivent même se produire dans les premiers temps. Pour rendre à un organe son fonctionnement normal ce n'est pas en le soumettant à des stimulants artificiels ou à des stimulants insuffisants ou anormaux qu'on peut y arriver. C'est en lui fournissant ses excitants les plus normaux et sous la forme, de la manière les plus normales.

En cette matière comme dans tous les autres troubles fonctionnels, qu'ils soient physiques ou moraux, on doit s'appuyer sur ce principe que « pour être normal il faut agir et vivre normalement ».

SOCIETES DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE PARIS

Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques

(*Suite*)

Problèmes psychiatriques

A. — SUR LA CONSTITUTION PSYCHIQUE ÉMOTIVE

Existe-t-il une constitution psychopathique émotive? *Celle-ci se révèle-t-elle par certains signes objectifs?*

M. DUPRE. — Je crois qu'on peut répondre ainsi à cette première question : oui, *il existe nettement une constitution psychique émotive.* C'est une

constitution psychopathique spéciale, héréditaire, qui peut s'exagérer dans la suite, qui se révèle par un certain nombre de signes objectifs.

a) *L'exagération dans leur instantanéité et dans leur amplitude, plutôt que dans leur vitesse, des réflexes tendineux, pupillaires et cutanés.*

b). *L'hyperesthésie sensorielle*, diffuse et variable.

c) Le *déséquilibre des réactions motrices et sécrétoires* (alternatives de rougeur et de pâleur, poussées sudorales ; crises lacrymales, diarrhéiques, etc.).

d) La *tendance aux spasmes*, notamment dans les muscles lisses (œsophage, estomac, vessie).

e) Le *tremblement* dans tous ses degrés et dans toutes ses modalités (claquement des dents).

f) Enfin, *l'intensité et la diffusion anormales, des effets physiques et psychiques des émotions.*

M. DEJERINE. — Du fait qu'un sujet présente à un degré plus ou moins prononcé les signes extérieurs du caractère dit émotif, il ne faudrait pas croire que chez lui les émotions devront toujours et forcément amener un état pathologique, car il y a des émotifs à fleur de peau et chez qui l'émotion ne produit des effets ni profonds ni durables, et cela parce qu'ils se reprennent très vite.

M. DUPRE. — Il y a en effet de grandes variations dans le degré et les modalités des réactions émotives suivant les individus, et les périodes de la vie chez le même individu.

M. P. JANET. — Ce que vient de dire M. Dupré me parait très juste : il y a des individus que l'on peut appeler des sensibles et peut-être bien dans un certain sens des émotifs, qui ont des inclinations assez fortes et qui réagissent vivement à diverses impressions Mais ce caractère tel que le décrit M. Dupré est-il très intéressant pour nous et dispose-t-il aux maladies nerveuses et mentales ? Je n'en suis pas convaincu : on peut avoir des réflexes forts et même des réactions vaso-motrices rapides et rester normal toute sa vie. Si l'individu domine ses réflexes s'il les adapte aux circonstances, il peut même les utiliser dans certains cas : en tout cas, il ne devient pas un malade.

Ce qui est essentiel dans l'émotivité susceptible de devenir pathologique ce sont les phénomènes psychologiques et avant tout l'impuissance de la volonté : les vrais émotifs sont avant tout des abouliques. Ce qui détermine leurs troubles nerveux trop fréquents et trop graves, c'est que leur volonté est à chaque instant arrêtée par quelque circonstance nouvelle à laquelle elle est incapable de s'adapter. De là, des efforts impuissants, des dérivations de toute espèce et des troubles appelés émotifs. C'est ce trouble du caractère qu'il faut constater pour parler d'émotivité pathologique et pour prévoir des accidents.

M. DUPRE. — Je crois donc que c'est intervertir les éléments du problème que de mettre la volonté et la domination de l'individu par lui-même avant les possibilités organiques dont le rôle est primordial, parce qu'elles sont la condition primitive et essentielle du pouvoir d'inhibition et de maîtrise de l'individu.

L'observation du jeune enfant est démonstrative à cet égard. Chez lui le système nerveux, tout entier sensitivo-moteur, est au minimum intellectuel, encore incapable d'inhibition volontaire : il ne peut être question de contrôle, de domination volontaire. Cependant l'étude du jeune enfant nous montre les inégalités de réactions motrices, sensitives, vasculaires, glandulaires, que je considère comme le substratum de la constitution émotive.

M. J. BABINSKI. — Je demanderai à M. Dupré s'il estime que l'hyperréflectivité et l'émotion sont deux phénomènes intimement unis.

Je dois déclarer que j'ai observé des sujets, ayant des réflexes tendineux très forts et présentant du dermographisme, dont l'émotivité cependant ne semblait pas au-dessus de la normale. J'ai connu aussi des individus très émotifs, dont les réflexes tendineux et les réflexes vaso-moteurs étaient normaux.

M. DUPRÉ. — Cette association syndromique est tellement fréquente qu'on peut la présenter comme une véritable loi clinique. Qu'il y ait des exceptions à cette loi, c'est possible. Ne voyons-nous pas dans les riches syndromes manquer fréquemment un ou plusieurs des éléments symptomatiques qui les constituent ?

M. DEJERINE. — J'ajoute plus d'importance aux troubles vaso-moteurs qu'à l'exagération des réflexes dans la détermination du tempérament dit émotif.

M. ALQUIER. — M. Dupré vient d'insister sur les troubles vasculaires de l'émotivité. Veut-il me permettre de lui demander comment on peut cliniquement apprécier ces troubles et dans quelle mesure leur constatation permet de préjuger de l'émotivité du sujet ? Pour ma part, j'étudie depuis plusieurs années les réactions vaso-motrices et les variations de la pression sanguine, voici ce que m'a donné cette étude :

En recherchant la raie méningitique de Trousseau, on peut observer chez les émotifs une réaction tantôt rapide, tantôt lente, forte ou faible, prolongée ou non ; pendant quelque temps j'avais cru que la diffusion de la réaction vaso-motrice sur une largeur de plusieurs centimètres pouvait avoir une certaine valeur et indiquer une émotivité exagérée ; les faits m'ont montré qu'il n'en est rien.

Pour ce qui est des variations de la pression sanguine, au contraire, l'hypotension *relative* par rapport à l'état habituel de la tension artérielle du sujet, lorsqu'elle n'est pas transitoire (coït) ou expliquée par la fièvre, m'a paru au général coexister avec les crises de dépression nerveuse, physique et morale. Certes, on peut avoir habituellement une tension artérielle inférieure à la normale et ne pas avoir de dépression nerveuse et, inversement, il y a nombre de déprimés hypertendus, mais même chez ceux-là, une hypotension relative (c'est-à-dire par exemple, chez un sujet ayant habituellement 23 au sphygmomanomètre Potain, un abaissement à 20 ou 21 qui constitue l'hypotension relativement à leur hypertension habituelle) peut coexister avec une augmentation de la dépression nerveuse, lorsqu'elle est due à une cause morbide et non à l'heureuse influence du traitement. En somme, lorsque, chez un prédisposé on voit la tension artérielle s'abaisser pendant un certain temps, par rapport à son état habituel chez le sujet considéré, il me semble qu'on ait à craindre l'apparition ou l'exagération des signes de la dépression nerveuse, que j'ai vue souvent s'améliorer, alors que la tension revenait à son niveau habituel. Je ne voudrais pas, d'ailleurs, que ceci fut interprété comme une conclusion définitive : c'est une simple indication dont je serait heureux que l'on voulût bien rechercher la valeur et la signification.

M. DUPRÉ. — Quand j'ai parlé des troubles vaso-mateurs, je n'ai eu en vue que les phénomènes de constatation clinique courante comme les alternatives de pâleur et de rougeur. Il n'existe pas actuellement de procédé de mesure de l'intensité et des formes des réactions vasomotrices émotives.

De même, je ne crois pas qu'on connaisse de rapport scientifique établi entre l'hypertension ou l'hypotension artérielle et l'état émotif.

M. P. BONNIER. — Les réactions vaso-motrices associées plus ou moins sensiblement aux troubles subjectifs de l'émotion montrent combien il eût été nécessaire, comme je le demandais au début de cette discussion, que nous sussions toujours bien distinguer l'émotion, phénomène de siège bulbaire, de la représentation consciente, de la figuration psychique de cette émotion, phénomène de siège cortical ; les réactions bulbaires, si fréquemment groupées dans l'émotion, — opression respiratoire ou cardiaque, troubles digestifs, vasculaires, sécrétoires, urinaires, — gardent une physionomie bien nettement bulbaire, dans le champ clinique, et qui peut être toute différente et indépendante du groupement psychique des associations corticales.

M. REGIS (de Bordeaux). — Je crois, avec M. Dupré, que les êtres humains sont très différents les uns des autres au point de vue de la sensibilité émotive, et que, chez certains d'entre eux, cette sensibilité est excessive, hyperesthésiée.

L'hyperesthésie émotive peut certainement s'acquérir sous l'influence de causes multiples, en particulier des facteurs habituels de débilitation et d'épuisement de l'organisme ; et cette hyperémotivité accidentelle est évidemment de nature à favoriser le développement des névroses et des psychoses à base émotive.

Mais l'hyperesthésie émotive est très souvent aussi innée, originelle. Elle mérite bien, dans ce cas, le nom d' « émotivité constitutionnelle » employé par notre rapporteur, de même que les sujets chez lesquels elle existe ont bien réellement, comme le dit aussi M. Ddpré, une « constitution émotive ».

La connaissance de cette « émotivité constitutionnelle », de cette « constitution émotive » est des plus importantes en psychiatrie : c'est le terrain de choix pour la floraison des névroses et des psychoses émotives.

L'hyperémotivité constitutionelle est bien un mode de déséquilibration psychique, la déséquilibration émotive, susceptible de s'associer à de la déséquilibration intellectuelle ; mais je ne crois pas que cette hyperémotivité soit un signe d'infériorité psychique, de dégénérescence, se liant fréquemment à l'infériorité intellectuelle, à la dégénérescence mentale. Sans aller jusqu'au paradoxe, j'oserais presque dire que, d'une façon générale, les névropathes et les délirants les plus émotifs sont aussi les moins dégénérés, sinon les plus intelligents.

a) *Du rôle de l'émotivité et du rôle de l'émotion dans les obsessions, les phobies, les impulsions et perversions sexuelles*

M. DUPRE. — Je crois que toutes les obsessions, les phobies, etc., reposent sur un fond d'émotivité constitutionnelle. Les obsédés, phobiques, impulsif, etc., sont tous des sujets plus ou moins déséquilibrés dans le domaine de l'émotivité. C'est sur ce fond primordial d'émotivité diffuse que, secondairement, se systématisent et s'intellectualisent les syndromes obsessifs, phobiques, etc.

Ces phénomènes sont constitutionnels, souvent héréditaires, se manifestent d'une façon précoce, sont durables, intermittents ou rémittents, souvent provoqués par une émotion-choc.

L'émotion-choc ne joue pas qu'un rôle provocateur, elle joue également un rôle d'orientation et de spécialisation du trouble psychique. L'influence des événements extérieurs et des circonstances de la vie a donc une importance considérable dans le déterminisme du syndrome.

Le doute lui-même n'est qu'un phénomène d'émotivité constitutionnelle.

Au syndrome émotif ainsi constitué s'associe toujours un trouble par déficit de la volonté, principalement quand l'obsession se complique d'impulsion. Dans les obsessions à contenu surtout idéatif, l'émotivité se complique de troubles intellectuels. Enfin, dans les perversions génitales à l'émotivité s'associent des déviations variées de l'instinct sexuel.

M. ARNAUD. — Les obsédés ne sont pas nécessairement des émotifs; eux-mêmes se plaignent de leur absence d'émotivité, de ne pas vibrer.

Il faut admettre que ce sont des prédisposés, mais sont-ils des émotifs vrais? Cela n'est pas certain.

M. P. JANET. — Même dans les cas de dépression périodique, il ne faut pas conclure trop vite que la maladie est constitutionnelle et que la dépression survient par une évolution nécessaire : plus souvent qu'on ne le croit des événements extérieurs ont joué un rôle considérable et presque toujours c'est l'émotion qui amène ces grandes périodes de dépression des psychasténiques.

M. DUPRE. — Que, chez les intermittents, il puisse y avoir des causes organiques ou morales à l'origine de leurs crises, personne ne le nie. Les périodiques font souvent leurs crises à l'occasion de causes extérieures; mais cela n'empêche pas qu'ils doivent être considérés comme des constitutionnels, car une infinité d'autres font leurs crises sans raison saisissable.

M. G. BALLET. — Il me paraît incontestable que chez un individu présentant la constitution émotive, que je crois être à la base des obsessions, les crises aiguës sont provoquées par les circonstances extérieures, physiques ou psychiques.

Mais en est-il toujours ainsi? Dans un grand nombre de cas la circonstance extérieure échappe.

Il y a là deux catégories de malades, faciles à confondre. Il y a des obsédés qui sont de faux périodiques et de vrais périodiques avec obsessions.

M. ARNAUD. — Je ne puis me rallier à l'opinion qui paraît assez générale ici que l'émotivité est à la base de l'obsession. Les obsédés deviennent émotifs mais ne le sont pas primitivement. Leur trouble remonte à l'enfance, un âge où l'émotivité n'a vraiment pas l'importance qu'on voudrait lui attribuer. Ce qui est au début c'est une conscience de leur incapacité, de leur insuffisance, résultant de leurs échecs répétés.

b) *Du rôle de l'émotivité et du rôle de l'émotion dans les syndromes mélancoliques et maniaques.*

M. DUPRE. — Je crois que la constitution émotive est le terrain sur lequel se développent les syndromes mélancoliques et maniaques. La constitution cyclothymique est une variété de la constitution émotive; ce qui caractérise la cyclothymie c'est qu'elle est en général spontanée dans ses manifestations, plus ou moins cyclique dans son évolution, et enfin qu'elle atteint tous les domaines de l'activité psychique : sensibilité, intelligence, psychomotilité.

M. DENY. — Je me permettrai de faire remarquer à M. P. Janet que la périodicité n'est pas, à mon sens, le caractère fondamental de la psychose maniaque dépressive ou de la folie intermittente. Le caractère primordial de cette affection, c'est le mélange de phénomènes d'excitation et de dépression, quelle que soit la forme sous laquelle se manifestent ses paroxysmes de phénomènes. Voilà pourquoi l'appellation, peu euphonique et peut-être incorrecte,

de psychose maniaque dépressive garde à mes yeux toute sa valeur et me semble plus exacte que celles de psychose périodique ou intermittente.

M. P. JANET. — Je regrette de n'avoir pas bien la conception de M. Deny sur la psychose maniaque dépressive. J'ai toujours cru jusqu'à présent que le caractère essentiel de cette affection était sa périodicité. Si l'on considère une crise de dépression isolée, il ne me semble pas facile de montrer des caractères psychologiques différentiels qui séparent une crise de dépression psychasthénique ou une crise de mélancolie simple d'une dépression ou d'une mélancolie appartenant à la psychose dite bien à tort maniaque-dépressive. Je croyais avec d'autres auteurs également qu'il fallait appeler cette psychose du nom de psychose périodique parce que son caractère psychologique essentiel était la périodicité constitutionnelle, indépendante des circonstances extérieures.

Une chose me paraissait justifier cette conception, c'est que chez plusieurs de ces malades les premiers accidents sont irréguliers, peut-être aussi les derniers, mais que pendant la partie la plus longue de la maladie, la périodicité s'établit de plus en plus régulière. Si maintenant on veut supprimer la périodicité du groupe des caractères de la psychose maniaque-dépressive, j'ai bien peur qu'il ne reste plus grand'chose pour caractériser cette affection. Le mélange d'excitation ou plutôt d'agitation et de dépression dont nous parle M. Deny me paraît une chose bien vague et bien banale qui existe dans l'obsession, dans la mélancolie anxieuse et même dans l'hystérie et qui ne peut caractériser aucun trouble mental déterminé.

M. DENY. — J'accorde très volontiers à M. Janet qu'on observe des phénomènes de dépression et d'excitation dans beaucoup d'états psychopatiques, autres que la psychose maniaque dépressive, mais pas avec les mêmes caractères. L'excitation et la dépression des catatoniques, par exemple, sont bien différentes de celles des périodiques.

Quant la périodicité, je maintiens que c'est un phénomène secondaire et tout à fait accessoire; j'ajoute qu'au lieu de s'accentuer avec la répétition des accès elle va au contraire en s'atténuant au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.

M. REGIS (de Bordeaux). — Je suis pleinement d'accord avec M. Dupré sur ce fait que les phobies, les obsessions, les impulsions obsédantes ont pour base l'hyperémotivité constitutionnelle (ou accidentelle) et qu'elles se rapprochent à ce point de vue des psychoses dites affectives, en particulier de la mélancolie.

Il est crtain qu'un fossé ne sépare pas le neurasthénique, le psychasthénique, le phobique, l'obsédé, du mélancolique proprement dit et, à cet égard, on pourrait peut-être établir deux séries de gradations suivant la façon dont ces sujets, à hyperémotivité constitutionnelle commune, réagissent sous l'influence de l'émotion-choc. 1° *Réaction par dépression : a*) dépression simple ou asthénie. Dépression mélancolique ou mélancolie avec conscience; *b*) stupeur mélancolique. 2° *Réaction par anxiété; c*) anxiété simple ou névrose; *a*) anxieuse; *b*) anxiété phobique, obsédante (phobies, obsessions); *d*) anxiété délirante (mélancolie anxieuse).

Tout en étant, on le voit, entièrement d'accord avec M. Dupré sur le rôle constant et capital de l'émotion dans les névroses anxieuses et dans les psychoses affectives, il me paraît nécessaire de ne pas séparer, dans les unes comme dans les autres, le rôle de l'émotion de celui de l'*intoxication*.

Le problème toujours en question, très difficile à résoudre dans la pratique,

consiste à savoir si, dans les cas de mélancolie de ce genre ,c'est l'auto-intoxication gastro-intestinale qui engendre la psychose, si c'est au contraire la psychose qui retentit sur le fonctionnement des viscères abdominaux ou s'il s'agit d'une action réciproque de l'une sur l'autre.

Bien que chacune de ces vues ait ses partisans, il me parait difficile de contester l'influence de l'auto-intoxication gastro-abdominale sur la production de la mélancolie, dans le cas où elle la précède immédiatement.

Je ne crois pas qu'on puisse séparer aussi nettement les cyclothymies symptomatiques, dues à des diathèses et les cyclothymies idiopathiques, relevant d'une tare constitutionnelle de l'humeur : non seulement parce que cliniquement ces deux sortes de cyclothymies n'ont rien qui les différencie, mais parce que, étiologiquement, elles sont dues souvent, les unes et les autres, à l'action combinée de la diathèse et de l'émotivité constitutionnelle.

M. J. BABINSKI. — Après nous être occupés du rôle de l'émotion dans la genèse des syndromes mélancoliques et maniaques, rôle bien faible, semble-t-il, il serait peut-être bon de dire quelques mots, au moins, au sujet de l'influence que l'émotion pourrait avoir sur l'évolution de ces affections. A vrai dire, cette influence me paraît nulle; là encore les observations collectives, celles par exemple qui ont été recueillies dans l'asile d'aliénés de Catane lors du récent tremblement de terre, viennent à l'appui de cette opinion, mais il est bon de savoir si nous sommes tous d'accord sur ce point.

c) *Du rôle de l'émotivité et du rôle de l'émotion dans les psychoses confusionnelles*

M. DUPRE. — Il existe des psychoses confusionnelles épisodiques d'apparition brusque et de durée éphémère s'accompagnant de désordre des actes qui éclatent sous l'influence de vives émotions. Ces syndromes se confondent avec ce que Féré a justement décrit sous le nom d'*ivresse émotionnelle*. D'ailleurs, les mêmes influences émotives peuvent provoquer des psychoses confusionnelles durables s'accompagnant de désordres somatiques de dénutrition et pouvant évoluer, soit vers la guérison complète ou incomplète, soit vers l'état chronique, soit vers la mort, en faveur de complications variées (insuffisances viscérales, délire aigu, etc.).

M. Henri CLAUDE. — Dans les grands cataclysmes, surtout dans les tremblements de terre, on a observé des psychoses confusionnelles survenues brusquement d'un instant à l'autre, de sorte que l'on peut dire qu'il s'agit là d'observations ayant la rigueur d'expériences de laboratoire.

M. DUPRE. — Ainsi que je l'ai dit dans mon Rapport, lorsqu'elle est très intense ou très prolongée, surtout lorsqu'elle se double d'autres facteurs étiologiques (surmenage, traumatisme, maladies, etc.), ou qu'elle frappe un sujet en état de réceptivité psychopathique (puberté, menstruation, grossesse, puerpéralité, ménopause, etc.), l'émotion joue un rôle intéressant dans la genèse des *psychoses confusionnelles*, où entrent, à doses inégales, la torpeur, l'obnubilation, l'onirisme, les hallucinations, les troubles de la conscience, de la mémoire et de la personnalité.

d) *L'émotion et les psychoses collectives*

M.J. ROUBINOVITCH. — Les observations publiées par les auteurs russes sur le rôle joué par les émotions dans l'origine des psychopathies pendant la révolution de 1905-1906 se divisent nettement en deux grands groupes. Le *premier* comprend des faits cliniques dans lesquels l'émotion semble avoir

exercé une influence directe et immédiate sur l'éclosion des psychoses. Ces troubles psychiques présentent six caractères communs : 1° ils apparaissent rapidement après le traumatisme psychique ; 2° ils ont pour base un état cœnesthétique triste, déprimé, à forme panophobique ; 3° ils s'accompagnent d'illusions et d'hallucinations terrifiantes ; 4° ils donnent lieu à un délire confus, mal systématisé ; ils ont pour cortège constant les stigmates divers de la 'égénérescence mentale héréditaire ou acquise ; 6° ils se terminent le plus souvent rapidement par la guérison.

Parmi ces observations celles de Mme Pavlovskaia sur les femmes révolutionnaires de la classe intellectuelle de Saint-Pétersbourg méritent une mention particulière. Sur douze cas étudiés, la dégénérescence mentale héréditaire est manifeste dix fois. Au point de vue clinique, Mme Pavlovskaia a noté six fois la psychose hystérique ; cinq fois, le délire hallucinatoire ; une fois, la mélancolie. Sur douze, sept étaient des révolutionnaires actives éprises, en outre, d'une passion amoureuse. Ce fait soulève un problème singulièrement complexe de l'influence exercée chez le même sujet par deux émotions, de la raison de coïncidence de ces émotions, de leur action commune dans l'origine des troubles mentaux.

Au nombre des psychoses déterminées par des émotions violentes, il y a lieu de signaler la *stupeur préagonique* des condamnés à la pendaison. Exsangues et immobiles, ils ont l'air de cadavres vivants.

Le *second groupe* d'observations comprend des faits diamétralement opposés à ceux du premier : ici, le rôle de l'émotion dans l'origine des troubles mentaux est réduit à zéro, d'après les docteurs Bernstein, de Moscou, et Tchij, de Dorpat.

Nous sommes ainsi en présence de deux thèses qui me paraissent trop absolues, l'une et l'autre, l'une attachant à l'émotion trop d'importance, et l'autre en ne lui en accordant pas assez.

D'accord avec Esquirol, je suis porté à croire que dans l'étiologie des troubles psychiques l'émotion ne représente souvent qu'un anneau brillant d'une chaîne plus ou moins longue dont les autres anneaux sont difficilement tangibles.

M. DUPRE. — Les faits inédits de M. Roubinovitch apportent un appoint intéressant à l'histoire du rôle de l'émotion dans les psychoses collectives.

On peut les rapprocher des faits analogues étudiés en France à propos de la Guerre et de la Commune ; mais nous savons tous quelles réserves il convient d'apporter à l'interprétation des statistiques établies dans des époques aussi troublées et dans des conditions aussi défavorables à l'étude. D'ailleurs, dans toutes les tourmentes politiques, les aliénés et les déséquilibrés s'agitent au milieu des foules en mouvement où ils jouent un rôle important et ne participent plus au recrutement des asiles.

e) *Influence sur l'enfant des émotions de la mère pendant la grossesse*

M. DUPRE. — Je veux seulement donner le résultat d'une enquête que je viens de faire auprès des accoucheurs (notamment auprès de MM. Pinard, Bard et Doléris). Ceux-ci sont unanimes à déclarer que les émotions pendant la grossesse n'ont aucun rôle sur l'état psychique de lenfant. Tous les faits contradictoires peuvent s'expliquer autrement : hérédité défectueuse des générateurs, alcooliques, inanitions, maladies de la mère. Ainsi s'explique la dégénérescence mentale des enfants conçus pendant le siège de Paris.

L'émotion peut seulement jouer un rôle capital dans l'avenir mental de l'en-

fant, lorsqu'elle est en cause chez l'un ou l'autre des générateurs au moment de la conception.

L'émotion peut seulement avoir une influence sur la musculature utérine et provoquer ainsi par les contractions de cet organe des accidents d'ordre mécanique, tels que fractures, etc.

Je sais qu'il existe une riche littérature de faits qui semblent établir l'influence nocive sur l'enfant des émotions de la mère pendant la grossesse.

Mais j'ai cru intéressant de demander à ce sujet leur opinion aux accoucheurs les plus autorisés.

BIBLIOGRAPHIE

Traité international de psychologie pathologique, par A. Marie (de Villejuif) avec la collaboration de MM. Bechterew, Clousten, Grasset, Luzaro, Magnan, Raymond, Ziehen, Morel, etc. Tome premier. (1 fort vol. grand in-8°, de 1030 pag., avec 353 figures. Paris, 1910, Félix Alcan, édit. Prix : 25 francs.)

Des traités multiples ont paru, et, certes, des meilleurs, dans tous les pays; mais par ces temps d'internationalisme scientifique, au moment où les théories adverses s'entrepénètrent d'une nation à l'autre pour se revivifier mutuellement et féconder le champ des recherches, on sent tomber la barrière des frontières scientifiques; il était donc temps de réunir dans un Traité collectif les tendances variées en s'efforçant de concilier leur diversité originale avec quelques données générales communes à tous les psychiatres modernes.

La psychiatrie, comme les autres sciences, sest enrichie de documents nombreux, de découvertes sorties des laboratoires, d'idées générales en harmonie avec la marche des sciences, et cet ensemble de faits nouveaux n'est pas toujours suffisamment mis en lumière dans les récents traités de médecine mentale.

L'idée principale qui ressort du premier volume du *Traité international* est la suivante : Les fonctions du cerveau ne sont compréhensibles qu'autant qu'on les étudie dans leur action synergique avec des fonctions de tous les autres organes.

Le cerveau isolé dans l'économie est aussi incompréhensible que tel autre organe étudié séparément.

Les lois chimico-physiques, aussi bien que les lois biologiques, sont applisables et doivent être appliquées à l'étude de l'encéphale.

Une connaissance complète des maladies cérébrales implique nécessairement une étude détaillée de l'organe normal; c'est ainsi qu'on doit partir pour édifier sur des bases solides un exposé de nos connaissances touchant la structure et la physiologie de la cellule nerveuse normale, de son évolution ontogénique et philogénique jusqu'à ses altérations séniles; à côté de son évolution, il y a quelque chose de tout à fait spécial dans la physiologie et la pathologie du cerveau, c'est que les réactions peuvent être différentes suivant les régions étudiées.

L'étude des territoires cérébraux a donc une très grosse importance, qui permettra de faire un groupement des psychoses, ébauché seulement dans l'ancienne psychiatrie.

Abstraction faite des altérations localisées des centres nerveux, une loi biologique générale veut que les perturbations organiques aient un retentisse-

ment sur tout l'organisme et notamment sur l'encéphale. Ces réactions se traduiront par des processus généraux : par inflammation suivant la formule classique, c'est-à-dire par processus vasculaire; par réaction secondaire spéciale de la cellule noble aboutissant à la cytolise et à la destruction cellulaire par phagocytose et neuronophagie.

L'auteur a placé en premier lieu un exposé en quelque sorte philosophique de M. le professeur Grasset sur l'unité neuro-biologique humaine, suivi d'un aperçu historique de M. le professeur Del Greco qui le confirme en montrant l'évolution graduelle des sciences psychiatriques et autres, vers cette unité.

Les données anthropologiques générales et l'examen anatomique complet, au point de vue descriptif et des mesures, vient naturellement après, comme corollaire de cette unité générale indissoluble de la vie physique et psychique; les données plus particulièrement relatives à l'encéphale dans ces caractères généraux morphologiques, physiques et chimiques ne constituent plus qu'une partie naturelle de l'examen somatique d'ensemble.

La suite des chapitres pénètre plus avant dans le mécanisme fonctionnel de tout l'organisme et comporte les applications des méthodes de laboratoire moderne à l'examen du malade vivant.

Comme corollaire final viennent les constatations nécropsiques et microscopiques, envisagées non seulement dans l'encéphale, mais aussi dans la moelle et les systèmes périphériques et viscéraux trop souvent négligés en psychiatrie.

La deuxième partie de ce volume aborde lexposé de l'évolution parallèle du psychisme humain et de tout l'organisme à travers la crise pubère qui transforme l'enfant en homme fait.

Suivent les méthodes d'examen de l'homme malade envisagé au point de vue clinique, médico-psychologique et médico-légal.

Marie a aussi laissé une large place aux recherches d'un ordre général, s'attachant à sortir du cercle trop étroitement spécial, car, ainsi que l'a dit G. Ballet dans sa leçon inaugurale, la médecine est une, et les organes sont dans une interdépendance si étroite les uns vis-à-vis des autres, que les compartiments que nous y établissons pour les besoins de la pratique sont artificiels et presque arbitraires.

Un deuxième volume sera consacré à l'étude de la *Mentalité morbide* (clinique et psychologie) et un troisième, terminant louvrage, traitera de la*Thérapeutique mentale* et de l'*Assistance comparée.*

Ces deux tomes, actuellement sous presse, paraîtront l'un dans le milieu, l'autre avant la fin de l'année 1910. Ainsi se trouvera réalisé ce projet de présenter aux médecins et à tous les hommes de science, une synthèse des principales hypothèses en cours sur les maladies mentales, avec les résultats obtenus à l'appui.

Aliénés et anormaux, par J. ROUBINOVITCH (de Bicêtre). (In-8 de la *Bibliothèque scientifique internationale,* 315 pages, 63 gravures. Prix : 6 francs. F. Alcan, éditeur, Paris, 1910.)

Dans ce volume se trouvent réunis des articles publiés par l'auteur au cours de ces dernières années sur les « aliénés » et les « anormaux », dans le *Bulletin Médical, Le Matin, Le Temps, La Revue des Deux Mondes.* On a pensé, avec raison, qu'une pareille collection psychiatrique, illustrée, pouvait être utilement parcourue non seulement par des médecins non spécialisés dans l'étude des maladies mentales, des sociologues, des juristes, mais aussi, et surtout, par des pédagogues que le problème des anomalies psychiques doit intéresser aujourd'hui d'une façon en quelque sorte directe et professionnelle.

Nul didactisme ,nul système préconçu n'ont présidé à la rédaction de ces

entretiens presque familiers, écrits avec le souci unique d'être compris du public éclairé et cultivé.

La nouvelle loi sur l'éducation des anormaux soulève quantité de problèmes intéressants et fait sortir l'étude des aliénés et des anormaux du domaine médical.

M. Roubinovitch expose un certain nombre de ces problèmes parmi lesquels nous citerons :

L'alcoolisme et la folie homicide; les états mélancoliques; l'idée fixe et l'obsession; les fureurs épileptiques; les détraqués nuisibles; les enfants difficiles; la portée sociale de l'éducation des anormaux utilisables; la prophylaxie de la folie par l'éducation antialcoolique des parents et de la jeunesse; la législation française des aliénés, etc.

Henri Poincaré (Etude médico psychologique), par le Dr TOULOUSE. (In-18 de 200 pages, avec portrait. Paris, 1910. E. Flammarion, éditeur.)

Le Docteur Toulouse, dont on connait l'enquête médico-psychologique et la première observation, celle d'Emile Zola, vient, après un long intervalle, de continuer cette série au plus haut point attrayante pour tous ceux qui s'intéressent au problème du génie ou seulement à la personne des hommes supérieurs. Il publie cette fois, dans la même méthode, l'observation avec examen biologique et psychologique de M. Henri Poincaré, l'illustre mathématicien, qui est un des rares vrais génies actuellement vivants.

En étudiant attentivement le cas, M. Toulouse a noté trois points spéciaux :

1° A un point de vue général, l'observation de M. H. Poincaré montre nettement que, à côté de l'activité mentale volontaire, de forte conduction, clairement consciente, — qui apparait comme le type de l'activité supérieure, — il y a une autre activité spontanée, moins consciente, qui, peut-être inférieure pour la vie pratique, semble supérieure pour la vie spéculative, et qu'il est, en définitive, difficile de hiérarchiser ces deux modes.

2° Au point de vue particulier du génie, de l'invention, elle est un cas remarquable du génie-aptitude, du don, que présente au plus haut point M. H. Poincaré, et qui s'oppose au génie volontaire, fait d'efforts pleinement conscients et méthodiques ;

3° Enfin le cas de M. H. Poincaré — dont l'activité spontanée prédominante est proche de certains états de confusion par le processus interne et lui donne au dehors cet air habituel d'absence, de disrtaction — manifeste vivement comment les rapports du génie et de la folie ont pu se poser dans la foule comme chez les spécialistes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Poésie et Démence

par le Dr BOULENGER (Lierneux)

La maladie réalise souvent pour l'observateur de véritables expériences de physiologie chez l'homme. Par elle, nous parvenons mieux à saisir quelles sont les conditions nécessaires à telle ou telle fonction de l'organisme ou même d'un organe déterminé.

Il est bien certain que pour le travail mental, si variable, si varié, il est indispensable que nous réalisions certaines conditions internes et externes bien spéciales. A l'état normal nous ne percevons pas exactement les conditions qu'il faudra pour une fonction mentale déterminée, tandis qu'à l'état pathologique nous parviendrons à mieux les isoler. Ainsi, une impression d'art est due à certains états externes et internes. L'artiste doit chercher à les provoquer en nous, par la poésie, la peinture ou la musique.

Quelles sont les circonstances externes les plus importantes? L'art poétique, l'art de la peinture et du dessin, l'art de la musique, les ont étudiées. Et je crois inutile de les rappeler ici.

Mais pour bien ressentir le charme d'une œuvre d'art, il faut pouvoir créer en soi des états spéciaux. De même pour créer une œuvre d'art, il faut être dans un état cénesthésique spécial.

La sensation qui éclot en nous peut être une sensation très générale, très vaste, très intense et donnant une impression de grandeur et d'unité; ou bien elle peut être vague et comme dans un demi-rêve, voir la dissociation mentale dominer. Dans ce dernier cas, la pensée passe d'un objet à un autre, d'événement en événement, de souvenir en souvenir, avec cette facilité, cet état d'euphorie si connu de la rêverie.

Le poête n'est-il pas appelé un rêveur? Le poête ne reste-t-il pas figé durant de longs moments dans la contemplation de sensations internes ou externes, d'idées ou de pensées, faisant abstraction des autres sensations, des autres événements? Cet état est caractérisé par le repos presque total du corps et l'activité presque unique du cerveau. Parfois, on peut rêver en marchant, mais en général la rêverie n'est la plus intense qu'au repos, dans un état d'espèce de catatonie normale.

S'il existait donc une maladie mentale provoquant cette euphorie vague, ou bien cette attention à l'activité d'un seul sens pour ainsi dire, cette maladie mentale créerait en nous des prédispositions à la rêverie et à la poésie.

Il est certain que toutes les maladies mentales ne créeront pas la même prédisposition artistique et que quelques-unes détruiront toute prédisposition à l'art et tueront même rapidement l'art chez ceux qui seront atteints par cette affection.

Pour ma part, je n'ai jamais observé chez le paralytique général une manifestation artistique nette, au moment où la maladie existe de façon indubitable. Je crois que cette affection mentale ne doit guère qu'anéantir rapidement les tendances à la rêverie. Toutes les facultés se dissolvent trop vite chez ces malades et presque toutes en même temps, que pour arriver à favoriser certaines activités plutôt que d'autres.

Par contre, une maladie mentale qui provoquera un laisser aller au fil des idées, au courant des impressions successives, créera la rêverie poétique.

Un dément précoce, que j'observe depuis quelques mois à Lierneux, est arrivé actuellement à cette période de la maladie où le rêve le saisit plus souvent que l'état normal et il a exprimé en des lignes fort intéressantes et donnant cette sensation de poésie, ce qu'il sent.

On me dira que sans doute ce malade était poète avant tout. Mais, après un interrogatoire des plus sérieux, je n'ai pu révéler chez lui, dans sa vie antérieure, la moindre tendance poétique. Jusqu'à présent, il n'a rien écrit et il n'a jamais lu de romans, ni de livres de littérature. Il n'a fait que du spiritisme durant quelques années et en même temps des excès de boissons qui lui ont procuré des hallucinations, dit-il. Nous verrons plus loin, dans son observation clinique et dans les extraits des documents publiés sur lui, qu'il n'a commencé à faire des écrits poétiques qu'assez récemment. Enfin ce sujet n'a qu'une éducation primaire assez rudimentaire.

Par contre, il a des hallucinations, un état d'angoisse; il a peur toujours d'événements futurs. Il a craint qu'on ne l'empoisonne, il a peur qu'on ne s'empare de son esprit, il a des craintes vagues et évoluantes.

Voici quelques lignes écrites par lui le 10 juin 1910. Je copie textuellement :

« Mercredi 10 juin 1910.
Journée il fait triste sombre
le Soleil ne s'est pas levé
les herbes sont grandent
séjournent autour de murs
les murs sont grands haut.
Dans la salle où je me trouve
je respirent péniblement
et lentement. Inoffensive
une mouche qui s'échappen
en de l'extérieur de la fenêtre »

Il me paraît que l'on sent bien nettement ce laisser aller aux impressions successives du milieu. Ce décousu non recherché par le malade, dû à son état mental de dément précoce au début, nous donne une impression de rêverie. Les images sont parfois fortes chez lui, quand il exprime que les nuages cachent le soleil par cette métaphore : « le soleil ne s'est pas levé », cela est peut-être outré ; mais c'est cependant une image que bien des poètes trouveront bien appliquée et bien expressive. Cette phrase nous produit une impression de tristesse et cet état se révèle encore plus loin : « Dans la salle où je me trouve je respire péniblement et lentement » on sent une espèce d'angoisse peser sur la personne qui s'exprime ainsi. Ce sujet est en effet sans cesse dans des états de crainte ou même de terreur.

Et ensuite, ce contraste involontaire, mais bien senti : « Inoffensive une mouche qui s'échappe à l'extérieur par la fenêtre ».

Je trouve, pour ma part, ce tableau fort bien croqué, malgré ses fautes et son style même défectueux.

Et le malade continue :

« De mon point ou j'aperçoi
un arbre ou deux dépassent
le coin du mur ou pine de
fer laisse voir les grille courbée
et entre la troisième demi mur
laisse voir sa couverture
tuileuse don six tableaux
compris et Christ à crochet
anneaux ayant une circonférence 2e
4 trous deux carré percé de 45 centimètres.
dépasse le premier de ses trous, côtés droit.
deux fenêtres comprenant cinq carreaux
verticaux sauf un qui fait 4 et 9 table de nuit
et 11 bois de lit et ferré par des barreaux qui
retiennent l'ensemble. — deux — 24 chant —
trois setors un fauteuil jointé de jong une chaise aisance inodore a mes cotés un homme malade y est son 4 lits y sonts — 3 litre propre les murs dégratté de couleur par les verres que l'on y à introduit et décoré la parte au lieux de couleurs la hauteur du mur est $4^{m}30$ et pondu d'une couleur verte d'où j'aperçoi un petit carreau »

La sensation de poésie continue avec la même intensité jusqu'à « sa couverture tuileuse ». Après cela notre malade fait un mélange d'observations qui sont exactes, mais tellement décousues que toute sensation d'art disparaît ; plus aucun lien logique ne les réunit.

La valeur de notre dément se révèle ici.

Fait intéressant, toutes ces observations sont dues exclusivement à la vue.

Et comme pour faire contraste, M. P..., sur la même feuille, écrit des sensations purement auditives :

« les paroles des murs raisonnent
autour de moi et le chant des
pincons raisonnent le maigre
accompagné et moi je sert
cette compagnie pendant.
je suis dans mon lit...
et les cris des
femmes dans la cour ainsi que
de chants dans la salle s'éparan
tent du vestibule. »

Voici encore d'autres impressions auditives de notre sujet :

« Cependant que Guillaume ouvrent la porte un tousse — les seaux bousculent — constant crache... G. claque la porte et se dépèche et Bren des soins une femme parle, une parle ont marche dans la cuisine On. parle dans la cuisine les femmes crie le coq chante des cris dans le colidord une chose se prépare. »

Cette manière d'observer purement auditive est originale à toute évidence. C'est de la poésie descriptive acoustique. On se sent presque dans la salle des hommes de l'infirmerie de Lierneux, vers trois heures de l'après-midi. On entend l'infirmier ouvrir la porte, on entend tousser un malade, les seaux qui sont bousculés, un malade qui crache, la porte qui se referme en claquant et l'infirmier qui s'éloigne rapidement, une femme qui parle à la cour, quelqu'un qui marche dans le corridor, des voix dans la cuisine. Tout ce revue-ménage donne une impression vivante de ce qui se passe journellement dans la salle.

C'est heurté, c'est haché, mais c'est vécu.

Que demandons-nous du reste au poète, à l'artiste, si ce n'est une impression de vie : vie d'un sens; la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût même; vie de nos sensations internes : euphorie, alanguissement, cénesténie : colère, amour, haine, bonté, etc. Le peintre exprime ou bien cette poésie de la vie journalière, si douce, si agréable; ou bien l'édifice idéal des visions de rêves, etc.; le musicien nous sollicite à tout une vie auditive de transformation des sons.

Le poète transforme, fait jaillir des actions, des idées en nous, par la magie des descriptions mentales.

Mais, dès lors, comment un dément, un être qui perd ses facultés, peut-il devenir poète par ce fait qu'il est malade? M. P..., qui nous occupe en ce moment, l'est-il involontairement, à son insu, tout comme M. Jourdain, faisait de la prose sans le savoir.

D'ailleurs, le poète ne se crée pas par une instruction spéciale, on naît poète, a dit Boileau; c'est donc une hérédité heureuse qui forme le rêveur, l'artiste. Mais, les plus prosaïques parmi nous, ont

des moments de poésie dans la vie; tous nous rêvons par instants; tous nous nous livrons à nos sensations à de certaines périodes de la vie.

Il suffit de sentir avec une coloration spéciale, avec une intensité particulière, pour donner une sensation de poésie.

Le dément précoce se livre volontiers à ses impressions, il ne suit plus un travail mental qui évolue suivant des périodicités bien déterminées, mais bien un travail qui devient vague, qui suit les impressions du moment. Il est dans un demi-rêve, bien qu'il agisse. Son unité forte et logique disparaît. Il devient de plus en plus impersonnel. Par là il se rapproche du poète, qui donne des sensations plus humaines, plus communes entre les hommes.

Mais le poète normal dominera son œuvre, en fera un tout, le poète pathologique aura des fragments parfois superbes, mais l'équilibre d'idéal manquera.

Victor Hugo n'a-t-il pas eu un frère, mort fou, qui fit de plus beaux vers que lui?

Mais un dément ne rêve que par moments très brefs. Après cela, il rentre dans la démence. Au lieu de suivre des vibrations sentimentales de plus en plus intenses, brusquement sa sonorité se brise en une foule de bruits discordants et le rêve s'écroule.

Je puis donc dire que la démence et entre autres la démence précoce, prédispose par son état de flou mental à donner des sensations poétiques. Mais j'ajouterai que ce travail reste partiel et fragmentaire; l'œuvre d'art complète ne peut plus naître dans un cerveau dément, parce qu'il n'a plus l'unité ni la vigueur suffisant à cela.

Voici encore quelques observations presque purement auditives de M. P... :

« R... parle, grand-mère cause, l'on cause à la cuisine, l'on cause toujours l'on marche, l'on tousse. Constant chipotte avec ses oreilles ainsi qu'avec ses doigts, l'on parle de C... une voiture roule dans le jardin les clés ouvrent les portes, la voiture recommence et l'on marche demèlement dans le vestibule, il est 3 heures l'on chante et R... cause, un homme sur une chaise rit les pas démélé dans le colidord les portes claquante et redoublée M. tousse les pas partant des portes se démèle monsieur plie les couverture (une femme passe dans le colidord les chaise remue une S... (illisible) chanté les voie féminin des voies bruit se démèler porte claque l'on tousse l'on parle tousse pas démélé chante le coq. »

Cette manière purement auditive d'observer les choses est l'exagération de ce que certains poètes font passagèrement. Mais c'est un procédé poétique.

Mais j'insiste sur ce fait, que ce malade doit les impressions poétiques qu'il nous donne, à son état mental pathologique.

C'est d'abord un anxieux qui doit à son état d'anxiété cette espèce de crainte vague qui plane sur ses écrits. C'est là une première sensation qui prête à la poésie.

Ensuite, c'est un halluciné. Il a été porté à écouter, à observer ses hallucinations lorsqu'il fit du spiritisme. Il chercha peut-être à augmenter ses hallucinations par l'usage de l'alcool. En tout cas, ceci explique pourquoi le malade décrit si bien ses impressions auditives ou visuelles. D'ailleurs on le voit fréquemment l'oreille tendue ou le regard fixe suivre quelque chose.

Quel est ce mystère qu'il nous fait pressentir en disant : « Une chose se prépare ». Il croit qu'on veut le faire mourir, qu'on cherche à l'empoisonner. Il se fâche alors, la bouche écumante, la face pâle, il se précipite vers vous et vous menace. Bientôt après il se calme et sourit.

Je vous communique plus loin l'observation médicale faite, par notre confrère Massaut et moi-même, pour que vous puissiez vous assurer de ce que le malade n'a jamais été poète précédemment et ensuite de ce que son état mental seul a pu favoriser ses quelques rares créations poétiques.

Je ne crois pas que la méthode suivie jusqu'à présent par beaucoup de nos confrères français, soit absolument la bonne. Ils ont pris, à la suite de l'idée qu'a si fortement exprimée Lombroso : « Le génie est parent de la folie », ils ont pris des poètes, des musiciens, de grands écrivains, etc., et ont étudié leurs tares individuelles ou familiales. Ainsi, l'on a découvert que le frère aîné de Victor Hugo, meilleur poète que le grand Hugo, était un aliéné. Ainsi l'on a démontré que Hoffman, Th. de Quincey, Edgard Poë, Alfred de Musset, Gérard de Nerval, etc., étaient ou bien des toxicomanes ou bien des aliénés. Le docteur Toulouse a étudié Zola et étudie encore d'autres littérateurs. Mlle Pascal a étudié la vie du musicien Schuman; nos confrères Antheaume et Dromard, dans un volume intitulé : *Poésie et Folie,* publié en 1908, ont suivi le même procédé.

Quoi qu'ils aient découvert chez des aliénés des tendances poétiques, ils concluent plutôt à la disparition de la poésie chez les aliénés précédemment poètes. Marcel Réja, dans un beau petit volume : *L'art chez les fous,* datant aussi de 1908, nous démontre la possibilité de vraies petites pièces de poésie produites par des aliénés. Malheureusement, M. Réja ne nous dit même pas le diagnostic des affections mentales des auteurs de ces pièces de vers, de proses ou de ces dessins.

Je pense, pour ma part, qu'il vaut mieux que nous tâchions de découvrir si certains états mentaux pathologiques ne poussent pas à faire de la poésie, à dessiner, à faire de la musique, etc., et si ces conditions mentales n'impriment pas à l'art de ces productions une

tournure bien spéciale. C'est, en somme, d'une part, une étude des procédés de penser chez nos malades qu'il faut faire, et, d'autre part, une étude des résultats de ces processus. Au lieu de ne rechercher que les poésies, les dessins parfaits, ce qui révèle, en somme, un mode de penser normal ou supérieur même, cherchons des fragments d'écrits où se révèle une sensation d'art, en même temps que le trouble mental.

A vouloir chercher chez les grands poètes des tares, des dégénérescences, je ne crois pas que nous éclairerons pour cela la méthode de penser poétiquement.

Au contraire, en prenant des cas bien déterminés de telle forme de maladie mentale et examinant les écrits, les dessins, les travaux de ces maladies, en voyant si par exemple les déments précoces ont tous à cause de leur état de demi-rêve dans lequel ils sont si souvent plongés, des tendances plus poétiques que les autres malades mentaux; je crois que nous éclairerons d'un jour nouveau le processus normal de la création d'œuvres d'art.

Observation. — Entré le 27 janvier 1910; son instruction est primaire. Il est né à E... le 25 avril 1886; son métier est celui de rattacheur dans les filatures. Le diagnostic à son entrée était celui de de Paranoïa.

Dans les antécédents héréditaires, nous trouvons une sœur colloquée à domicile. Cette sœur, d'après les dires du malade serait une imbécile, travailleuse cependant.

Le malade est assez excité, ses discours incohérents. Il se plaint de douleurs à la poitrine; il présente un léger tremblement de la face et des membres, ainsi qu'un nystagmus léger, les contractions cardiaques sont faibles, il a des tendances syncopales. La digestion est pénible, la constipation est normale. Son état varie entre l'excitation, le calme, la dépression et les inquiétudes. Il présente des hallucinations visuelles et auditives, des idées de persécution et des idées hypochondriaques

A son entrée, il est calme, docile et bien orienté; reconnaît qu'il est malade, mais est affecté de se trouver dans un asile d'aliénés; il aurait voulu entrer dans un hôpital. Il répond correctement aux questions posées, quoique avec une certaine réticence ou dissimulation. Il nie certains symptômes avoués la veille ou quelques heures auparavant. Dit qu'il est malade depuis l'âge de 16 ans, présente des douleurs dans tout le corps; a beaucoup voyagé pour sa santé. Se plaint de sa mère qui l'a mis plusieurs fois à la porte, ainsi que de ses compagnons de travail qui lui en voulaient parce qu'il avait travaillé durant la grève. Tout ceci l'a beaucoup chagriné. Il craint aussi qu'on ne lui fasse du mal; qu'on ne l'empoisonne et refuse même de manger.

A fait des excès alcooliques et était alors très excité. Il formait aussi des projets irréalisables. A vu, lors de ses hallucinations, des hommes, des lions, entendait des bruits dans les meubles, des paroles désagréables pour lui. Les esprits lui parlaient dans la tête. Actuellement, il présente encore des hallucinations quoiqu'il les nie parfois. Il reconnaît que toutes ces hallucinations sont maladives, il demande à pouvoir s'occuper.

Le confrère Massart, de Verviers, qui a colloqué M. P..., décrit son état mental comme suit :

« Incohérence des paroles et des actes; agitation fébrile; aborde les sujets les plus hétéroclites (politique, spiritisme) fait les demandes et les réponses lui-même. Veut allumer son cigare avec un billet de vingt francs, tendances à l'exhibitionisme; aurait fait des manœuvres indécentes devant des fillettes. »

Ayant été placé, M. P... déclare le 2 mai 1910, ce qui suit au garde de section : « Vous êtes agent de police, vous devez avoir un livre de lois, quand on reste sans rien faire, est-ce qu'on ne s'expose pas à des poursuites; quand on reste huit jours sans travailler, on risque de se faire conduire à Hoogstraeten. Chez le nourricier où je suis, l'on me soumet à différentes épreuves et puis il y a une jeune femme, le mari pourrait être jaloux, quant à moi, je ne le suis pas et ne le serais pas si j'étais même marié. Si je travaille à quelque chose à la maison, on dira que je chipote avec la femme. »

Malgré tout ce que le garde lui dit, le malade ne veut rien comprendre, il se méfie de tout le monde et croit toujours qu'on veut le battre, ou qu'on lui veut du mal. Il demande à être déplacé pour pouvoir travailler.

Il écrit ensuite en mars, une série de lettres, où il demande pardon à sa mère ou, pour annoncer même à des personnes peu connues de lui qu'il est malade. Il déclare dans ses écrits qu'il est victime du venin.

Le 26 mai, dans un écrit, il dit que les araignées mangent ses oreilles.

Il a ensuite fait des tentatives d'évasion pour aller se justifier en dehors d'ici; il a l'idée fixe de gagner son pain.

Il termine une lettre envoyée à un ami, de la façon suivante, tout à fait incohérente :

« Reproduction interdite je vous défend sévèrement au nom de mon corps d'ouvrir cette lettre et ainsi que de ne pas l'envoyer le moyen de chassé les oiseaux cet de brûler leur nid et cet pour celà que je me trouve bien ici. »

Les seuls livres que P... ait jamais lu, sont des livres de spiritisme. Il attribue la naissance de ses hallucinations à ce qu'il a fait des séances spirites, ainsi qu'à ce qu'il a fait des abus de boissons. Il aurait lu : *Le Ciel et l'Enfer*, de C. Flammarion, des livres d'Allan Kardec, un livre de sciences occultes. C'était pour faire des exercices psychiques, dit-il. Il aurait voulu faire de la magie, halluciné qu'il était par la boisson. Il a joué le rôle de médium dans des séances spirites. Il écrivait les communications; sa sœur, son père, une foule de gens morts venaient parler à son oreille. Ils lui disaient des choses qu'il ne peut se rappeler.

Il n'a jamais lu aucun poète quelconque. Il déclare qu'actuellement il ne croit plus ni au spiritisme, ni à l'occultisme.

Il me dit qu'à E... il avait décidé de se tuer parce que quand il pensait à une personne, il la voyait de suite devant lui.

Il se serait suicidé de la manière suivante : avec l'argent qu'il avait épargné, il serait parti en France, il aurait fait une bonne noce et se serait jeté à l'eau. Il dit que c'est après avoir été à la messe qu'il n'a plus voulu se tuer; car alors il a eu la foi; mais maintenant il est libre-penseur.

Tous les écrits de M. P..., recueillis avant mai, ne renferment guère de tendances poétiques. Une fois juin, l'incohérence augmente et en même temps naissent des phrases à allure poétique.

En voici un exemple encore :

« Pour satisfaire mes cients (clients) je vous présente la libre parole conclue avec les sellules qui me gagne de l'argent depuis huit jours, dépassé le droit de ma libre parole envers les pommes de terres, *des trépassées hirondellos.* — Dortoir masqué par un pantalon en molton imbibé de pétrole puant et répugnant le public sollicité par les voies encombrante. Veuillez me fournir mes habits le plutôts au paltot. »

Voici encore une lettre écrite le 14 juin :

« Monsieur,

» C'est avec bienveillance que ma sainteté journalière argentée de ma filosophie je réclame honneur à ma personne, vendue inconfondue au nom de ma fédérations lainière... » etc.

Les lettres de la fin mai deviennent de plus en plus incohérentes ; alors que les précédentes le sont beaucoup moins.

Je pense donc bien que toute cette évolution clinique confirme mon hypothèse de l'apparition d'écrits à forme poétique sous l'influence de la démence qui va en s'accentuant. Celle-ci, s'augmentant encore, ces écrits poétiques disparaîtront complètement.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 6 janvier 1910

—

Présidence de M. SOUQUES

—

Le rôle du faisceau sensitif dans le mécanisme de la reconnaissance des objets

M. EGGER présente une malade chez laquelle, malgré de gros troubles sensitifs — grand élargissement des cercles de Weber, troubles de la sensibilité tactile fine, abolition du sens des attitudes, abolition de la baresthésie — la reconnaissance des objets peut encore bien se faire chez cette malade. Et quoiqu'elle soit incapable de différencier par le toucher les divers tissus, cela ne l'empêche pas d'avoir une fonction gnosique suffisante.

Tous ces faits démontrent clairement que la faculté gnosique, qu'elle appartienne au domaine sensitif ou sensorielle, n'a pas besoin du concours de toutes les fibres perceptives, et qu'une petite canalisation laissée ouverte dans le système de projection suffit à un tabétique pour identifier les objets.

Il n'en est pas de même si la lésion a un siège plus central. Une hémianesthésie hémiplégique, avec bien moins de troubles sensitifs que notre tabes, serait incapable d'identifier les objets. A ce niveau du faisceau sensitif une lésion acquiert une importance et une répercussion sur la mécanisme de la reconnaissance bien plus grande qu'à la périphérie. Et ceci ne doit pas nous surprendre, si nous envisageons la valeur fonctionnelle du faisceau sensitif à

ses divers niveaux. La spécialisation des fibres nerveuses ou fibres pour le tact, la pression, la chaleur, le froid, telle que l'école allemande l'a établie pour la peau, ne peut plus être admise pour le parcours médullaire. Ici chaleur, froid et douleur sont déjà cantonnés dans un chemin unique, le tact et les impressions du mouvement dans le cordon postérieur. Dans le parcours cérébral la simplification s'accentue encore et nous y distinguons deux voies sensitives, celle qui dessert le mouvement, et celle qui dessert le tégument. Cette simplification, cette synthèse qui n'opère dans le faisceau sensitif en remontant de la périphérie au centre a pour effet que nécessairement une lésion périphérique et centrale ne peuvent avoir la même valeur.

Si toutes les fibres sensitives spéciales, ainsi qu'on les décrit dans la peau, auxquelles il faudrait encore ajouter les nerfs périostiques, articulaires et musculaires, devraient se continuer dans la moelle, la moelle allongée devrait atteindre une triple dimension pour pouvoir les contenir tous. Il y a plus de 50 ans que Kölliker a déjà fait cette réflexion. Il y a donc simplification, séduction numérique de fibres centripètes.

Donc une lésion atteignant le faisceau sensitif dans son parcours central a une répercussion bien plus néfaste sur le mécanisme de la fonction gnosique qu'une lésion médullaire, et on est amené à se demander si le travail associatif n'est pas plus important que le travail purement perceptif.

La seule conclusion qui s'impose est que nous nous trouvons en face d'un trouble associatif. L'élargissement des cercles de Weber et le trouble de la localisation ne font pas, comme le croit M. Dejerine, partie des sensibilités élémentaires. La localisation en surface et en espace est un travail d'association et non pas une fonction perceptive simple.

Hémaniopsie homonyme latérale par tumeur hypophysaire sans acromégalie

MM. DE LAPERSONNE et CANTONNET. — Notre malade n'est pas un myxœdémateux (et cet avis est aussi celui du professeur Raymond, qui a bien voulu l'examiner), malgré la présence de signes tels que : petite taille, face en pleine lune, main épaisse et courte, frigidité génitale, hypertrophie des seins. Ce n'est pas non plus un acromégalique, malgré l'élargissement des cavités des sinus frontaux, l'inégalité d'épaisseur des parois du crâne et le ressaut lambdoïdien. C'est un sujet qui porte une tumeur de l'hypophyse, en évolution depuis un peu plus de deux ans ; cette tumeur a donné secondairement des troubles du développement dont les uns tiennent du myxœdème, les autres de l'acromégalie ; elle a entrainé en outre la polyurie et la bradycardie avec hypertension.

Le traitement thyroïdien (et orchitique) appliqué à ce malade l'a amélioré ; son poids a légèrement diminué ; l'épaississement de la peau des mains s'est un peu effacé ; le champ visuel de l'œil droit, tout en conservant sa forme typique, s'est nettement élargi.

Ces résultats soulignent et confirment les « signes glandulaires » de l'affection hypophysaire (troubles des glandes sexuelles, troubles cardio-rénaux, troubles trophiques, troubles de développement).

A côté d'eux figurent les « signes mécaniques », la compression de la bandelette optique gauche, prouvée par l'aspect du champ visuel, l'examen du fond de l'œil, la marche et l'inégalité d'atteinte aux deux yeux. Les hémianopsies par affections de l'hypophyse sont très fréquentes ; en particulier dans l'acromégalie, où l'hémianopsie bi-temporale ne manque presque jamais. On trouve aussi cette variété d'hémianopsie dans le myxœdème et Mme Gourfein-Welt lui a consacré une étude d'ensemble (*Arch. d'Ophtalmologie*, sept. 1907) : on admet que, dans ce cas, elle est produite par l'hypertrophie hypophysaire, compensatrice de l'atrophie thyroïdienne.

Il est exceptionnel de constater une hémianopsie bi-nasale; plus exceptionnelle encore est l'hémianopsie homonyme latérale. Dans notre observation, elle s'explique par le développement de la tumeur vers la partie postérieure.

Les « signes physiques » de l'augmentation de volume de l'hypophyse sont fournis par la radiographie et leur netteté emporte le diagnostic.

Le traitement sera le traitement opothérapique, auquel nous associerons les applications répétées de rayons X, qui ont donné de beaux résultats dans quelques cas, en particulier ceux de Gramegna et de Béclère (thèse de Jaugeas, décembre 1909). Nous laisserons de côté l'extirpation chirurgicale de la glande.

Tics toniques

M. CHAVIGNY rapporte le cas d'un soldat considéré comme simulateur parce que sa déformation pouvait être corrigée par la volonté :

A l'état normal, lorsqu'il est debout, Q... se présente l'épaule gauche élevée; la pointe de son épaule gauche arrive sur un plan horizontal au niveau du menton, tandis que l'épaule droite, abaissée par compensation, est de 10 centimètres environ plus basse que l'autre. Tous les mouvements de l'épaule sans exception sont possibles et aisés.

Aucune atrophie du squelette ni de la musculature, pas de déviation permanente de la colonne vertébrale.

A volonté, le malade peut corriger totalement cette déformation. Le fait le plus bizarre, c'est que dans la position horizontale sur le dos, la déformation se corrige d'elle-même.

Il n'existe aucune autre lésion des organes ou appareils ; pas d'accidents nerveux quels qu'ils soient.

C'est le quatrième cas que l'orateur observe.

M. H. MEIGE pense qu'il s'agit là d'un tic d'attitude.

Diplégie faciale au cours d'une polynévrite

MM. BAUDOIN et CHABROL présentent un malade chez lequel les membres ont débuté, mais seulement un jour avant la paralysie faciale : celle-ci a débuté à gauche, mais le côté droit a été envahi quelques heures après. Notre malade est également classique dans son mode d'évolution. Des 21 cas, un seul s'est terminé par la mort : tous les autres ont guéri et le plus souvent l'amélioration des membres a débuté. Enfin souvent chez ces malades l'étiologie reste muette et c'est encore ce qui nous arrive puisque nous ne trouvons aucune cause à l'affection et ne croyons guère qu'on puisse incriminer la syphilis.

Syndrome bulbo-protubérantiel et cérébelleux traumatique avec réaction de Wasserman

M. F. LEVY présente un sujet atteint d'un syndrome complexe bulboprotubérantiel et cérébelleux, où se trouvent touchés à des degrés divers la voie cérébelleuse, la voie pyramidale, la voie cérébelleuse, la voie pyramidale, la voie sensitive, les racines ou les noyaux de plusieurs nerfs craniens.

La *voie cérébelleuse* est lésée puisqu'il existe une hémiasynergie très nette du côté droit avec adiadococinésie, et nystagmus horizontal vers la gauche.

La *voie pyramidale* manifeste son irritation par l'exagération des réflexes tendineux du côté droit, la trépidation spinale, les signes de la flexion combinée et de la pronation.

La *voie sensitive* montre sa participation par les troubles de la sensibilité superficielle avec dissociation à type syringomyélique.

Les *nerfs craniens* enfin III, VI, IX, X, XIe ne sont pas indemnes.

Existe-t-il une ou plusieurs lésions ? Quelle est leur topographie exacte ? Il n'est pas possible d'être très précis : on peut néanmoins selon toute vraisemblance fixer leur siège dans la portion droite de l'isthme de l'encéphale.

Séance du 10 janvier 1910

—

Deux observations anatomo-cliniques de syndrome thalamique

M. LONG. — OBS. I. *Résumé clinique :* « Malade, âgé de 70 ans, atteint, le 16 janvier 1907, d'une hémiplégie gauche ; les phénomènes moteurs se sont rapidement amendés sans laisser d'état spasmodique ; pas de clonus du pied ; pas de Babinski. Par contre, on note une hémianesthésie gauche portant sur la sensibilité cutanée (contact, douleur, température) et encore plus sur la sensibilité profonde (sens musculaire et notion de position). Le malade présente de l'hémiataxie et de l'astéréognosie. Il se plaint en outre de ressentir des douleurs survenant par crises dans les membres gauches. Pas d'hémianopsie, pas de paralysie oculaire. Cette forme pure de syndrome thalamique ne peut être due qu'à une lésion atteignant la partie inféro-externe de la couche optique. »

Résumé anatomique. — Premier foyer situé dans le segment rétro-lenticulaire de la capsule interne et pénétrant dans la partie postérieure du noyau externe de la couche optique et la partie centrale du pulvinar. Deuxième foyer occupant la substance blanche du gyrus supramarginalis.

OBS. II. *Résumé clinique :* Hémiplégie droite légère, avec signe de Babinski positif pendant deux jours, puis négatif. Hémianesthésie superficielle et profonde, hémiataxie, hémianopsie. Douleurs précoces dans le bras droit. A la fin de la maladie hémianopsie bilatérale et troubles de l'équilibre.

Résumé anatomique. — Foyers multiples de ramollissement cérébral occupant les deux lobes occipitaux, la partie centrale de l'hémisphère gauche, la protubérance annulaire et le cervelet. Le syndrome thalamique relève d'une lésion occupant le noyau externe du thalamus et le pulvinar, s'étendant de la région thalamique supérieure à la région sous-thalamique ; le segment postérieur de la capsule interne est intact dans toute cette région ; les fibres de projection qui en font partie sont lésées, plus haut dans la couronne rayonnante, et, plus bas, dans le pied du pédoncule et la protubérance annulaire.

REMARQUES. — La première observation est une forme rare de syndrome thalamique, ne présentant, comme particularité, que l'apparition tardive des phénomènes douloureux.

Dans la deuxième observation, on trouve une forme mixte, compliquée dès le début d'une hémianopsie homonyme, compliquée à la période terminale de troubles de l'équilibration, d'une ébauche d'hémiplégie et d'une hémianopsie du côté opposé. Cependant, au milieu de cet ensemble symptomatique diffus, les signes indiscutables d'une lésion thalamique ont persisté jusqu'à la fin. Nous attirons l'attention sur la transformation rapide du signe de Babinski, qui, positif pendant les premiers jours, est resté négatif par la suite, bien que l'examen histologique ait prouvé une atteinte de la voie pyramidale sur plusieurs point de son trajet.

Ces deux nouvelles observations anatomo-cliniques viennent confirmer la conception du syndrome thalamique, telle que l'ont établie les recherches entreprises dans le service et dans le laboratoire de M. Dejerine depuis treize ans.

Après avoir rendu à la couche optique (Dejerine et Long) le rôle qu'avec Charcot on attribuait à un carrefour sensitif, placé à la partie postérieure de la capsule interne, après avoir confirmé par une vérification anatomique la localisation de l'ataxie d'origine cérébrale dans la couche optique (Dejerine et Egger), on a pu réunir un ensemble de signes très caractéristiques sous la dénomination de syndrome thalamique (André-Thomas et Chiray) ; la démonstration de ce syndrome a été reprise à l'aide de nouveaux cas par Dejerine et Roussy; nous renvoyons à la thèse très documentée de Roussy pour les éléments de la discussion et les observations fondamentales.

M. BABINSKI demande comment le *signe des orteils* manque dans ces cas.

M. DEJERINE. — L'explication nous échappe.

Hypotonicité musculaire et réaction de dégénérescence

M. BABINSKI. — Des muscles capables de se contracter sous l'influence de la volonté et présentant des réactions électriques normales peuvent être en état d'hypotonicité; c'est là une notion banale sur laquelle il n'est pas besoin d'insister. Mais je crois bon d'attirer l'attention sur une disposition qui est l'inverse de la précédente, c'est-à-dire dans laquelle des muscles paralysés, dont les réactions électriques sont celles de DR, ont une tonicité normale ou à peu près normale. On constate un pareil fait sur la malade que je présente à la Société.

Elle est atteinte d'hémiplégie faciale gauche, ayant les caractères de la paralysie faciale périphérique dite *a frigore*, qui s'est manifestée le matin, au réveil, le 6 janvier dernier et qui, dès le début, aurait été complète.

La conservation de la tonicité musculaire dans les muscles paralysés présentant la DR serait assez difficile à interpréter, si la DR, comme cette dénomination semble l'indiquer, était l'indice certain d'une dégénérescence du nerf. Elle s'explique plus aisément si l'on admet avec moi que la réaction dite de dégénérescence est la réaction propre des fibres musculaires se contractant d'une manière indépendante, sous l'influence des excitations électriques, quand l'excitabilité électrique des nerfs est abolie.

Cette abolition n'impliquant pas nécessairement l'idée de dégénérescence, on peut concevoir que des fibres nerveuses sur lesquelles les courants sont sans action aient conservé en partie leur conductibilité et laissent passer l'influx nerveux qui entretient la tonicité des muscles.

Il y a tout lieu de penser que la conservation de la tonicité musculaire dans la paralysie périphérique est un signe de bon augure et qu'elle atténue la gravité du pronostic que comporte d'une manière générale la DR.

Méningo-myélite méningococcique dorso-lombaire

MM. DE MASSARY et CHATELIN. — Un malade de 28 ans, mort en six jours d'une affection caractérisée cliniquement par les seuls symptômes d'une myélite transverse, sans qu'il fût possible de reconnaître la participation d'une lésion des méninges spinales. Seule, la ponction lombaire, en donnant issue à du pus, permit de déceler cette lésion méningée. Dès lors, le diagnostic ne fut plus simplement myélite transverse, mais méningomyélite. Enfin, les recherches de laboratoire (examen bactériologique du pus, cultures, réaction de fixation) montrèrent que l'agent pathogène était le méningocoque de Weichselbaum.

Le diagnostic fut confirmé par l'autopsie et l'examen histologique, qui permirent de constater les lésions typiques d'une méningomyélite avec épidurie, siégeant surtout au niveau du renflement lombaire et ne remontant pas jus-

qu'au renflement cervical resté normal. Mais avant d'arriver au diagnostic précis, plusieurs hésitations nous furent permises.

Notre malade avait eu un panaris quelques jours avant l'apparition de ses symptômes médullaires ; dès lors, n'était-il pas rationnel de songer à la possibilité d'une myélite aiguë transverse à streptocoques ou à staphylocoques, comme dans les cas observés jadis par Strümpell ?

L'examen du pus, évacué par la ponction lombaire, montra l'erreur de cette première hypothèse, mais en suscita une seconde.

Par simple examen direct sur lame, on vit non des staphylocoques ni des streptocoques, mais des microbes dont la morphologie était identique à celle des gonocoques. Rapprochant alors cette constatation des données de l'examen clinique, nous songeâmes à une myélite gonococcique.

Remarques sur la persistance des zones sensibles à topographie radiculaire dans les paraplégies médullaires avec anesthésie

MM. BABINSKI, BARRÉ et JARKOWSKI. — Chez un premier malade, atteint de paraplégie avec anesthésie rémontant jusqu'à la région mamelonnaire, nous avons vu que la sensibilité subsistait pourtant, à des degrés divers, sur une partie assez étendue du territoire des racines sacrées.

Nous avons alors recherché, chez deux autres malades atteints également de paraplégie avec anesthésie, s'il existait une semblable disposition, et nous l'avons observée.

Ce fait, qui n'a pas été, à notre connaissance au moins, signalé dans des cas analogues aux nôtres, nous paraît digne de fixer l'attention, et nous en supputerons plus loin la valeur ; mais, auparavant, nous donnerons le résumé rapide des observations, avec, pour chacune, le schéma des troubles de la sensibilité.

De l'ensemble des faits, il nous paraît légitime de tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe, dans certaines paraplégies d'origine médullaire, au-dessous de zones complètement ou presque complètement anesthésiées, des zones où la sensibilité est conservée ;

2° L'existence de cette disposition est probablement fréquente, puisque, chez les trois malades atteintes de troubles profonds de la sensibilité, que nous avons examinés à cet égard, nous l'avons observée ;

3° Les domaines où la sensibilité subsiste sont ceux des racines les plus inférieures : les racines sacrées, et la sensibilité est d'autant plus parfaite que l'on considère une racine plus bas située ;

4° Ces phénomènes d'abolition et de conservation de la sensibilité suivant des zones radiculaires existent chez des malades atteints de lésion médullaire et semblent devoir être rapportés à cette lésion ; nous apportons donc ainsi un nouvel argument en faveur de cette idée que les troubles de la sensibilité dus à des lésions médullaires se présentent sous la forme radiculaire ;

5° Les données anatomo-pathologiques nous manquent encore pour interpréter sainement ces faits. Elles montreront sans doute, si la conservation, au sein d'un segment médullaire lésé, de fibres des voies sensitives est due à leur résistance plus grande ou à leur localisation spéciale ;

6° Mais nous pouvons déjà dire que dans la pratique on devra toujours examiner d'une façon minutieuse les zones des racines sacrées chez les malades atteints de paralysies avec troubles de la sensibilité, et ne pas admettre implicitement, en face d'une anesthésie étendue (thoracique, dorsale et des racines lombaires), l'anesthésie des racines sacrées ;

7° Enfin, l'existence de cette zone sacrée sensible permet d'affirmer que la lésion médullaire n'intéresse pas la moelle dans toute son étendue transversale et l'on pourra peut-être apprécier, d'après l'étendue de cette zone sacrée intacte, le degré de profondeur de la lésion.

— —

Abolition de certains réflexes dans la sclérose en plaques

M. SOUQUES. — On peut affirmer que les *réflexes cutanés usuels sont abolis dans la grande majorité de cas de sclérose en plaques.*

Il y a là un signe important qui mérite de prendre place dans la symptomatologie classique de cette affection et qui peut rendre de réels services dans les cas de diagnostic difficile, particulièrement dans certains cas frustes.

Cette abolition de réflexes cutanés est-elle précoce? Je le pense. Est-elle transitoire ou permanente? Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question. Chez les trois malades que je voulais montrer aujourd'hui à la Société — et que l inondation m'a empêché de conduire ici — elle date au moins de trois ans chez l'un et d'un an chez les deux autres.

Vingt-cinq observations de paralysie générale et de taboparalysies conjugales

MM. RAVIART, HANNARD et GAYET. — D'une semblable enquête, le docteur Cullerre concluait autrefois qu'il importe de se garder des solutions hâtives et qu'en fait de paralysie générale à deux, la syphilis, tout en étant encore l'hypothèse la plus plausible, est loin de tout expliquer d'une manière satisfaisante. Aujourd'hui nous pouvons être moins réservés, le rôle de la syphilis paraît considérable et toute observation bien prise le met bien souvent en évidence.

Si les cas de paralysie générale conjugale ne sont pas plus fréquents, c'est que la syphilis conjugale ne suffit pas pour les déterminer et qu'elle réclame le concours d'un ensemble de circonstances étiologiques : alcoolisme, traumatisme, surtout hérédité psychopathique, peut-être aussi surmenage, misère, professions exposant à la congestion céphalique, comme dans le cas du verrier qui fait l'objet d'une de nos observations.

Mécanisme de la contracture spasmodique chez les hémiplégiques

M. NOICA. — Dans nos recherches sur le mécanisme de la contracture, nous avons établi que la contracture résulte de la présence de deux phénomènes : le mouvement associé spasmodique et la perte de la motilité volontaire. Autrement dit *A* mouvement associé spasmodique, plus *P* perte de la motilité volontaire, égale *C* contracture

$$A+P=C$$

Il en résulte que la contracture est en rapport avec la présence du mouvement associé spasmodique, coïncidant avec la disparition plus ou moins complète du mouvement volontaire. Il est bien entendu que, pendant que ce dernier mouvement disparaît, la contracture devient de plus en plus forte, à mesure que le mouvement associé est plus intense. Et comme celui-ci est provoqué par des mouvements volontaires conscients ou subconscients que le malade a conservés du côté sain, plus cette force sera grande, plus la contracture sera intense. D'où il suit, que si le malade a un état musculaire général affaibli, ou bien s'il se trouve à l'état de repos le jour, ou la nuit surtout pendant son sommeil, la contracture sera moins intense; au contraire plus le malade a gardé des forces générales et plus il peut quitter son lit pour marcher, etc., plus la contracture deviendra forte.

Mercure et tabes

M. BELUGOU (de La Malou) tire, de son étude, les conclusions suivantes : La cure mercurielle doit être maintenue dans le traitement du tabes.

Le mercure doit rester surtout le médicament du début.

Il constitue aussi le plus sûr des moyens préventifs. Il faut l'appliquer méthodiquement, longuement, intensivement, à tout syphilitique d'hérédité médullaire et de tempérament nerveux.

Un médecin se trouve-t-il en présence d'un malade où il soupçonne, et. à plus forte raison, où il dépiste le tabes, il doit, avant tout autre moyen, instituer un traitement mercuriel à doses progressives. Mais, dans l'application de ce médicament, comme de tous les autres, l'observation des résultats devra seule le guider. Lorsque, au cours de cette mercurialisation surveillée, il s'apercevra que les manifestations tabétiques paraissent se ralentir, s'enrayer, et à plus forte raison, rétrocéder; lorsque, tout au moins, il ne constatera aucun signe d'aggravation, alors il poursuivra l'emploi du mercure de façon à atteindre des doses de plus en plus intensives. Si, au contraire, après plusieurs essais infructueux, l'usage de la médication hydrargyrique coïncide avec l'accentuation des principaux symptômes ou l'aggravation de l'état général, il devra, même sans tenir compte des antécédents étiologiques, supprimer résolument le mercure.

Dès que les troubles viscéraux sont très accusés, et, de même, aux périodes ultimes du tabes, lorsque la déchéance de l'organisme est devenue le principal danger, l'emploi du mercure est toujours inutile, et souvent funeste.

Séance du 24 février 1910

Les parathyroïdes dans quatre cas de maladie de Parkinson

MM. ROUSSY et CLUNET. — Chez quatre parkinsonniens dont nous avons fait l'autopsie, nous trouvons des lésions de l'appareil thyro-parathyroïdien. Celles du corps thyroïde, consistant en un goitre du type adénome colloïde, sont variables suivant les cas quant à leur morphologie et à leur intensité. Nous nous bornons à les signaler ici, sans y attacher d'ailleurs d'importance, ni aucune valeur spécifique. On sait en effet, — et nous avons pu nous en rendre compte nous-même — que de pareilles lésions sont fréquemment rencontrées chez le vieillard, quand on pratique systématiquement l'examen du corps thyroïde.

Beaucoup plus intéressantes sont les modifications histologiques des parathyroïdes qui nous paraissent très particulières. En effet, sur plus de 100 autopsies de malades de tous les âges, ayant succombé à des affections les plus diverses, aiguës ou chroniques, dans lesquelles nous avons pratiqué l'examen microscopique des parathyroïdes, nous n'avons jamais retrouvé des modifications histologiques semblables poussées à un degré aussi marqué.

Ces résultats nous amènent donc à poser les deux questions suivantes :

Y a-t-il simple coïncidence, ou au contraire rapport de dépendance entre les phénomènes cliniques présentés par nos quatre malades pendant la vie et les lésions des glandes parathyroïdes constatées à leur autopsie?

Nous serions plutôt tenté à admettre avec d'autres auteurs qu'il y a rapport de dépendance.

Quelle est au point de vue histo-physiologique la signification des lésions notées au niveau des parathyroïdes?

Il est difficile aujourd'hui, vu l'état actuel de nos connaissances sur les réactions histo-chimiques des glandes à sécrétion interne, de prendre parti en faveur d'un hypofonctionnement ou d'un état hyperfonctionnel de l'organe.

Cependant, il nous paraît plus vraisemblable d'admettre que l'aspect que nous venons de décrire répond à une activité exagérée.

M. CLAUDE. — N'y aurait-il pas lieu de penser que l'hypertrophie fonctionnelle de celles-ci, et notamment des parathyroïdes, serait l'expression d'un état d'auto-intoxication d'origine variable, et que, dans ces cas, les sécrétions parathyroïdiennes exagérées, en circulation dans l'économie, manifesteraient leur action nocive sous la forme du syndrome parkinsonnien, sur un système nerveux préparé, il est vrai, au préalable, par une ou plusieurs altérations antérieures de nature indéterminée.

Hémiplégie droite avec apraxie gauche; akinésie volontaire et hyperkinésie réflexe à droite

M. CLAUDE. — L'apraxie n'a été évidente qu'après l'ictus. Nous ne l'avions pas recherché systématiquement, il est vrai, antérieurement, car rien dans les manières de la malade ne permettait d'en supposer l'existence. Au contraire, après l'ictus, la dyspraxie était manifeste. Or, nous avons signalé la présence d'un foyer de ramollissement kystique, sectionnant une partie des radiations calloso-frontales de l'hémisphère gauche, dont la localisation pourrait assez bien expliquer les troubles constatés. Les observations de Liepmann, van Vleuten, Liepmann et Maas, Hartmann tendent à faire admettre que la région antérieure du corps calleux et des radiations calloso-frontales constituent la partie du cerveau dont la destruction favorise particulièrement l'apparition de l'apraxie. Mais le foyer de ramollissement est ancien et l'apraxie n'a paru manifeste qu'après l'ictus survenu un mois avant la mort de la malade. J'admettrais volontiers que le foyer de ramollissement, peu étendu, a été assez bien supporté tant que le cerveau a été dans des conditions à peu près normales. Sous l'influence des troubles circulatoires, de l'œdème arachnoïdien et ventriculaire, de l'hypertension intracranienne, qui ont provoqué l'ictus, la lésion latente s'est révélée par des caractères plus nets, les symptômes qui n'existaient point ou qui n'étaient qu'à l'état d'ébauche sont devenus manifestes.

En ce qui concerne la paralysie du côté droit, il en a été sans doute de même, car l'examen, superficiel, il est vrai, du cerveau, ne montre pas de grosses lésions récentes capables d'expliquer cette hémiplégie. Il est probable que celle-ci a été provoquée surtout par les troubles circulatoires et l'œdème encéphalo-méningé, compliquant et aggravant l'état lacunaire antérieur. En effet, l'hémiplégie était en voie d'amélioration quand les accidents infectieux terminaux ont fait leur apparition ; le clonus et l'extension de l'orteil, apparus brusquement, avaient disparu.

J'attribuerais volontiers à ces mêmes troubles circulatoires, à cet œdème encéphalo-méningé, dont l'hypertension du liquide céphalo-rachidien notée pendant la vie et les constatations d'autopsie confirment la réalité, les phénomènes d'hyperkinésie réflexe que j'ai observés chez cette malade et dont la manifestation contrastait si vivement avec l'akinésie volontaire absolue. J'ai déjà noté ces mêmes phénomènes chez deux malades de mon service qui, après avoir présenté une hémiplégie absolue, ont guéri complètement de leur paralysie sans conserver de contracture. Chez ces deux malades on avait constaté aussi une hypertension manifeste du liquide céphalo-rachidien. Ces phénomènes d'hyperkinésie réflexe, que je crois peu connus, méritent donc d'être recherchés chez les hémiplégiques aussitôt après l'ictus, car il serait intéressant de savoir s'ils ont une valeur pronostique favorable, comme mes trois cas semblent l'indiquer. Une expérience plus étendue est, en effet, nécessaire pour formuler une opinion sur ces symptômes, sur la nature desquels on ne peut encore qu'indiquer des hypothèses.

Ependymites aiguës et subaiguës

MM. DELAMARRE et MERLE. — La connaissance des épendymites bactériennes est importante au double point de vue théorique et pratique. Au point de vue théorique, elle montre clairement que l'infection du névraxe ne se réduit pas à des réactions méningées et que le canal central joue le rôle, peut-être effacé mais pas négligeable, de réceptacle, susceptible de conserver et de disséminer les germes morbifiques.

La tendance que les parasites et les toxiques ont à gagner l'épendyme et à y séjourner paraît plus propre que le hasard, l'affinité élective pour certains groupes cellulaires ou la disposition normale des vaisseaux et de la névroglie sous-épithéliale, à expliquer la topographie juxta-ventriculaire des lésions de l'encéphalite de Wernicke, de la myélite bulbaire de Leyden, de la syringomyélite et de la sclérose en plaques.

Au point de vue pratique, l'étude des épendymites aiguës conduit à préconiser la ponction, le drainage et même, en cas d'infection méningococcique grave, la sérothérapie ventriculaire.

Séance du 10 mars 1910

—

Inégalité de répartition des paraplégies sensitives dans les lésions transverses de la moelle

M. THOMAS. — De ces quatre observations on peut conclure que tout en affectant dans leur ensemble une forme paraplégique, les troubles de la sensibilité occasionnés par les lésions transverses de la moelle ne sont pas toujours également répartis sur tout le territoire paraplégié; ils respectent des zones plus ou moins vastes, disposées en bandes longitudinales, répondant assez exactement dans certains cas à des zones radiculaires. Les zones anesthésiques ne le sont pas toutes au même degré, et les différences peuvent affecter également une disposition en bandes longitudinales, rappelant la distribution des zones radiculaires. Enfin la limite supérieure de l'anesthésie ne correspond pas toujours très exactement à celle de la lésion.

Cette intégrité de certaines zones peut être observée pendant une période variable de l'évolution, puis disparaître à une période avancée. Elle dépend à la fois de la répartition et de l'extension progressive des lésions.

Chorée, signes de perturbation du faisceau pyramidal

M. THOMAS. — Voici un enfant dont l'agitation motrice ne saurait être étiquetée autrement que sous le nom de chorée; il présente en outre, avec un signe de Babinski bilatéral, quelques petits signes qui sont localisés dans le côté droit et qui appartiennent à la symptomatologie de certaines hémiplégies infantiles (hypotonie, dysmétrie, diadoconinésie, troubles de la marche).

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de chorée acquise ou congénitale, le double fait qui nous paraît particulièrement intéressant, c'est que sa nature organique est démontrée par la coexistence de signes qui appartiennent aux maladies organiques du système nerveux, et que l'instabilité motrice consiste exclusivement en secousses clonicotoniques, sur lesquelles j'ai déjà insisté dans plu-

sieurs communications antérieures à propos de la chorée de Sydenham, et qui me paraissent être un des signes fondamentaux de la chorée organique.

M. MEIGE pense qu'il s'agit plutôt de myoclonie.

M. RAYMOND considère le malade comme athétosique.

Hypertension cérébrale améliorée par la trépanation

MM. SCHEFFER et DE MARTEL rapportent le cas d'une femme de 35 ans, entrée dans le service de M. le professeur Raymond pour un syndrome d'hypertension très net avec céphalée, vomissements, œdème de la papille. Absence de troubles moteurs, sensibilité normale, réflexes normaux.

Au bout de quelque temps les symptômes s'aggravèrent encore et la malade devint gâteuse et tomba dans le coma. Elle fut alors passée en chirurgie dans le service de M. le professeur Segond où le docteur de Martel la trépana.

Un large volet osseux fut taillé dans la région pariétale et la dure-mère ne fut pas incisée.

Quelque temps après l'intervention, la malade sortait de l'hôpital complètement guérie. La guérison persiste depuis sept mois.

M. RAYMOND. — Je tiens à souligner le résultat, vraiment merveilleux, obtenu par M. de Martel, chez le malade de mon service qui vient de vous être présenté. Toutes les fois que j'ai des signes certains de l'existence d'une tumeur cérébrale, avec papillitte accentuée et qui progresse, je fais pratiquer la craniectomie, même en l'absence de tout symptôme positif de localisation.

Parkinsonnien traité depuis cinq ans par la scopolamine

M. ROUSSY présente un malade ayant épuisé en vain tout l'arsenal thérapeutique institué en pareil cas (hyosciamine, chlorhydrate d'hyoscine, et enfin atropine dont il était arrivé à prendre *douze milligrammes* par jour) et était condamné à rester en permanence alité ou assis dans un fauteuil. Le traitement à la scopolamine, institué à la dose d'un demi-milligramme, d'un milligramme, puis deux milligrammes par jour, provoquait chez lui une rétrocession rapide et des plus manifestes de tous les symptômes, à tel point que le malade pouvait se lever, marcher et même se promener dans la cour de l'hospice, ce qu'il était tout à fait incapable de faire avant le traitement.

Depuis cinq ans, en effet, à part quelques courtes périodes de repos, on lui fait tous les deux jours une injection de *deux milligrammes* de scopolamine. Comme au début, l'injection provoque chez lui un malaise général avec obnubilation, nausées et même vomissements qui ne durent qu'une à deux heures et souvent même peuvent manquer; puis trois heures environ après l'injection le tremblement s'arrête presque complètement, la raideur et les autres phénomènes parkinsonniens s'amendent notablement. Cette amélioration persiste environ 12 à 18 heures et si l'on ne fait pas au bout de 26 heures une nouvelle piqûre, le malade est obligé de garder le lit.

Ce qui nous a paru tout à fait *exceptionnel* chez ce malade, c'est, d'une part, la façon réellement surprenante dont agit chez lui la scopolamine et, d'autre part, le fait que cet homme supporte actuellement ce mode de traitement sans en éprouver plus de malaise qu'il y a cinq ans et sans qu'il y ait chez lui phénomène d'accoutumance nécessitant l'augmentation progressive des doses.

Dès le début, nous avons dû arriver à la dose énorme de 2 milligrammes par injection pour obtenir de bons résultats; et c'est à cette dose faite tous les deux jours pour espacer les périodes de malaise, que nous nous sommes définitivement arrêtés.

Radiculite cervico-dorsale associée à une polynévrite alcoolique

MM. LE PLAY et SEZARY présentent un homme ayant les symptômes d'une polynévrite qu'il est rationnel de rattacher à l'intoxication éthylique. Toutefois, ce diagnostic est insuffisant ; il n'explique pas les troubles paralytiques et atrophiques localisés au niveau de la masse musculaire de l'éminence thénar et de l'avant-bras du côt égauche, ni la zone d'anesthésie coexistant au niveau de la portion interne de l'extrémité distale du même membre.

Les troubles moteurs et sensitifs affectent une topographie radiculaire des plus nettes (C^5 C^7 C^8 D^1), à laquelle un nouveau symptôme vient apporter une éclatante confirmation : notre malade présente, en effet, l'inégalité pupillaire, avec un myosis manifeste du côté gauche, c'est-à-dire du côté où nous avons observé les symptômes radiculaires précités ; or, ces troubles oculo-pupillaires sont sous la dépendance de filets sympathiques, passant précisément par les dernières cervicales et la première dorsale.

La ponction lombaire nous a montré de plus l'existence d'une lymphocytose discrète.

Nous pouvons poser dès lors le diagnostic de radiculite des dernières cervicales et de la première dorsale.

Monoplégie crurale d'origine cérébrale

MM. LONG et JUMENTIE ont observé une monoplégie crurale survenue en quelques heures et caractérisée par une diminution de l'intensité de l'amplitude et de la coordination des mouvements volontaires par des syncinésies, par l'exagération des réflexes tendineux, par le clonus du pied et de la rotule et une modification du réflexe plantaire. Absence de troubles de la sensibilité cutanée et de troubles sphinctériens.

Cette monoplégie crurale est prise, sans participation de la face, ni du membre supérieur à la paralysie. Son origine cérébrale ne peut être mise en doute ; une hémiparaplégie spinale s'accompagnerait, pendant un temps plus ou moins long, d'anesthésie croisée et de troubles vésicaux très marqués ; elle ne présenterait pas de mouvements associés. Si l'on veut préciser la localisation dans le cerveau, il nous semble difficile d'admettre une destruction partielle de la capsule interne ou du pied de la couronne rayonnante ne produisant pas, par réaction de voisinage, une extension, transitoire ou permanente, de la paralysie au membre supérieur. Nous pensons donc que c'est sur l'écorce ou près d'elle qu'il faut localiser la lésion dont relève cette monoplégie. Pour ce qui est de la nature de cette lésion, il s'agit vraisemblablement d'un foyer de ramollissement par ischémie chez un sujet manifestement artérioscléreux.

Syndrome de Landry chez un paludéen et saturnin

MM. DUMOLARD et FLOTTES rapportent un cas nouveau de paralysie ascendante aiguë à formes de méningo-myélite diffuse, affection dont on connaît l'assez grande rareté. Ce diagnostic nous paraît suffisamment établi par l'évolution ascendante et rapide de la paralysie, l'intensité des troubles sensitifs, la participation des sphincters, le signe de Babinski bilatéral, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, pour que nous ne nous attardions pas davantage à sa justification. Or, pareil diagnostic comporte un pronostic d'une gravité exceptionnelle et, ce qui fait précisément l'intérêt clinique du cas, c'est que toutes nos prévisions pessimistes ont été heureusement inexactes. Notre malade, à qui nous ne donnions que quelques jours de vie et auquel, dans tous les cas, nous prédisions une infirmité permanente, a guéri, et il a guéri en quelques jours avec une rapidité déconcertante. Notre observation apporte donc la preuve actuellement inexistante, croyons-nous, de la possibilité de la curabilité complète et rapide d'une paralysie ascendante à forme de myélite aiguë diffuse.

TRAVAUX ORIGINAUX

Tabès amyotrophique avec paralysie labio-glosso-laryngée progressive

Etude anatomo-clinique

PAR

F. DAUWE,
assistant de la clinique médicale
de l'Université de Gand

et

F. D'HOLLANDER,
médecin à l'asile d'aliénées de l'Etat
à Mons

L'observation que nous faisons suivre en abrégé (1) présente de tels écarts du tableau classique du tabes dorsal, que le diagnostic étant d'ailleurs hors de disenssion, il nous a paru nécessaire de la faire connaître, d'autant plus qu'elle peut, pour une faible part, contribuer à élucider la pathogénie des atrophies musculaires au cours du tabes, pathogénie qui fait encore l'objet de vives controverses.

OBSERVATION. — P. S., 40 ans, boucher, sans antécédents héréditaires ni familiaux notables. A eu une jeunesse orageuse; on ne peut néanmoins établir d'une façon certaine la syphilis antérieure. Pas d'affection antérieures, à part une blennorragie.

L'affection nerveuse actuelle a débuté en septembre 1906, par de la torpeur, de la somnolence. Puis des douleurs dans le rachis, le côté droit, — douleurs lancinantes — surtout nocturnes. Puis ce furent des douleurs fulgurantes classiques dans les membres et plus tard aussi dans la nuque, les épaules, les bras, le pubis, l'aine droite.

Surviennent ensuite en décembre 1906, les fourmillements dans les téguments de la face et du crâne, des paresthésies analogues dans la plante des pieds, la sensation de « marcher sur du caoutchouc », enfin l'amaigrissement rapidement marqué.

En janvier 1907, apparition de vertiges accompagnés d'angoisses, de bourdonnements et de bruits continuels de musique dans la tête, enfin des premiers symptômes oculaires.

En mars 1907, un examen des yeux donne : diplopie homonyme, parésie du droit externe de l'œil gauche, blépharospasme. Signe d'Argyll-Robertson net à la pupille gauche, indiqué à la pupille droit. La papille gauche est décolorée, la papille droite est simplement pâlie du côté temporal. L'acuité visuelle est de 1/8 à gauche, de 1/3 à droite, sans amélioration par les verres.

A ce moment le réflexe rotulien existe encore un peu.

---

(1) L'étude complète a paru dans le *Névraxe*, 1909.

En juin 1907, le réflexe rotulien a disparu. L'ataxie se montre aux membres inférieurs. Les phénomènes douloureux sont plus intermittents. La paralysie du nerf VI à gauche, traitée à l'électricité ne cède pas. On constate la paralysie des cordes vocales.

L'amaigrissement s'accuse de plus en plus. En août 1907, l'ataxie devient telle que le malade se couche pour ne plus se relever : à l'ataxie s'était jointe une parésie vraie. Les symptômes bulbaires s'accusent : crises laryngées, toux convulsive, angoisse continuelle, dyspnée, sialorrhée, atrophie de la langue, engouement fréquent, voix affaiblie bientôt chuchotante.

L'incoordination entreprend les membres supérieurs. Le malade bientôt ignore totalement la place de ses jambes et de ses bras.

Des troubles viscéraux se montrent : crises pharyngées avec forte congestion de la face, miction lente et pénible, abolition complète de la puissance génitale. L'alimentation devient difficile.

En décembre 1907, l'impotence des membres inférieurs est un fait accompli.

Cet état dure et empire jusqu'en avril 1908, époque à laquelle le malade est admis à la clinique médicale de l'Université.

Nous apercevons dès l'abord l'excessive maigreur du malade due non seulement à l'alimentation défectueuse, mais encore à l'atrophie du système musculaire.

Le pouls est en tachycardie. Les organes thoraciques et abdominaux ne semblent pas lésés. Céphalées intenses.

L'examen du domaine des nerfs crâniens, nous montre les détails déjà donnés plus haut (nerfs II, III, IV, VI).

En juin 1908 on constate en outre la parésie de l'oculomoteur externe droit et à la suite d'une crise, le ptosis de la paupière supérieure gauche.

Fortes douleurs dans le domaine du trijumeau gauche, anesthésie faciale, altération dans la mastication (trituration, diduction, élévation et propulsion de la mâchoire).

Parésie et atrophie du facial gauche (lèvres); troubles dans l'appareil auditif; paralysie du voile du palais, plus marqué à droite, paralysie du récurrent droit, dysphagie, tachycardie (110 à 130 pulsations, lipothymies fréquentes par crises cardiaques dont une finit par emporter le malade (en août 1908). — Crises laryngées. Le malade est incapable de parler (voix aphone, incompréhensible) sans être essouflé. Il ne peut faire une respiration profonde, ni se moucher, ni cracher, ni souffler fort. Il lui est impossible de tousser. Engouement et suffocations fréquentes.

Nous constatons l'atrophie de la langue surtout à droite.

Pour les nerfs périphériques, nous constatons une atrophie des éminences thénar et hypothénar et une atrophie considérable des membres inférieurs. La musculature fessière et pelvi-trochantérienne est atteinte. Les pieds sont en équino-varus. Impuissance absolue. Contractions fibrillaires continuelles.

Pous les réflexes et la sensibilité, notons une hyperesthésie énorme de la plante des pieds, la perte de la plupart des réflexes cutanés et

tendineux. En divers endroits, notamment à la face, altération tabétique classique de la sensibilité.

Le malade meurt, suffoqué, à la fin du mois d'août 1908.

Etude histologique des centres nerveux. — Les pièces ont été fixées au formol et au Müller et colorées, le cas échéant, suivant les méthodes de Nisll, de Weigert-van Gieson, de Weigert-Pal, de Donaggio.

La *moelle* montre dans la substance blanche les lésions caractéristiques du tabès, spécialement dans la région dorsale. La dégénérescence a frappé la zone de Lissauer — la zone radiculaire — presque toutes les fibres se rendant par le stratum zonale et la substantia spongiosa dans la corne postérieure — les racines postérieures — les colonnes de Clarke, enfin, dans les cordons postérieurs, une partie médiane et une partie triangulaire postéro-médiane. Les racines motrices sont aussi fortement dégénérées.

Sont indemnes : les cordons antéro-latéraux et dans les cordons postérieures, les zones postéro-externes (faisceau de Hoche), le faisceau dorso-médian (triangle de Gombault et Philippe), le centre ovale de Flechsig, enfin, les fibres cornu-commissurales.

La méthode de *Donaggio*, qui permet de colorer *positivement* la fibre nerveuse aux stades initiaux de la dégénérescence, nous montre en outre sur le pourtour de la moelle une dégénérescence marginale en pleine activité accentuée surtout au niveau des cordons antéro-latéraux. La coloration de Van Gieson montre la prolifération neurogliale dans les cordons postérieurs et aussi une mince bordure neurogliale autour de la moelle avec des septa qui s'en détachent en profondeur.

Les *cellules de la substance* grise sont aussi fortement altérées dans les colonnes de Clarke, dans les cornes postérieures (où elles ont presque toutes disparu), dans les cornes antérieures, où l'on trouve tous les stades entre la chromatolyse du début et la désagrégation cellulaire. Cette cytolyse des cellules des cornes antérieures se constate à toutes les hauteurs de la moelle.

La pie-mère est en pleine prolifération conjonctive hyperplasique : vraie leptoméningite chronique, non spécifique : nous y revenons plus loin.

Les *vaisseaux* sont gorgés de sang, leurs parois sont épaissies et gorgées de substance pigmentaire; mais ce sont les deux couches externes et non l'interne qui prolifèrent, ce qui distingue cette sclérose de l'artério-sclérose généralisée ou spécifique. Les deux courbes épaissies sont souvent agglomérées en une couche hyaline. La lumière est parfois partiellement obstruée. Dans la *substance nerveuse* même, il n'y a nulle part de trace d'inflammation ou de nécrose.

Dans la *moelle allongée et le bulbe* nous avons étudié surtout les noyaux et les racines des nerfs craniens.

Au Nissl, on constate que les cellules du noyau du nerf XII sont fort réduites en nombre; d'autres sont très altérées; les fibres des racines sont clairsemées et fort ténues. Ces lésoins sont plus marquées d'un côté. La même méthode montre la profonde altération du noyau du peumo-gastrique, aussi bien du noyau moteur dorsal que du noyau ambigu. La racine

aussi est atteinte. Dans le faisceau solitaire (racine descendante du vago-glosso-pharyngien), la rareté des fibres myéliniques est telle, que ce faisceau se distingue à peine de la substance grise environnante (noyau du faisceau solitaire) privée elle aussi des fibres myéliniques.

Les nerfs VIII et VII, noyaux et racines sont touchés. Le nerf trijumeau est dégénéré dans toute l'étendue de sa racine descendante ou spinale. Sur toutes les coupes, cette racine est visible sous la forme d'un croissant clair. La racine principale est presque totalement dégénérée. Enfin, le noyau masticateur est profondément lésé.

Les altérations de la pie-mère et des *vaisseaux* bulbo-protubérantiels sont plus intenses encore que dans la moelle, mais de même nature : pie-mérite, dégénérescence hyaline des vaisseaux, ailleurs infiltration parvi-cellulaire, dépôt de pigment, friabilité extrême des parois en certains endroits avec hémorragies microscopiques périvasculaires, surtout à la base du quatrième ventricule. Il n'y a d'ailleurs dans le bulbe aucun foyer de nécrose, ni d'infiltration inflammatoire.

Comme dans la moelle, la méthode de Donaggio montre que le processus pathologique ne se limite pas aux noyaux et racines des nerfs craniens : on constate des altérations diffuses de tout le tissu neuro-vasculaire. En effet, les lésions s'étendent aux corps restiformes, aux olives, à la substance réticulée, au cervelet lui-même (fibres, vaisseaux), les altérations des vaisseaux et de la pie-mère sont ici très marquées. Nous n'avons malheureusement pas étudié l'écorce cérébrale. Mais il est constant que les lésions sont diffuses, non localisées à un système de fibres, mais étendues à tout le névraxe.

En résumé, nous ne constatons nulle part de foyers d'inflammation ou de nécrose : les lésions sont des dégénérescences et des atrophies simples qui se trouvent sous la dépendance directe des altérations de la pie-mère et des vaisseaux : lepto-méningite locale chronique de nature non spécifique (d'où la dégénérescence marginale et la sclérose des cordons postérieurs) ; dégénérescence des vaisseaux avec oblitération partielle (d'où atrophie simple diffuse, par exemple des cellules des cornes antérieures et des noyaux des nerfs craniens, c'est, en effet, à ces niveaux que les vaisseaux sont le plus altérés).

Cliniquement l'observation s'explique comme un tabes bulbaire qui s'étend progressivement dans la moelle épinière, tout en envahissant d'autres centres de nerfs craniens.

Cette association fort rare de paralysie bulbaire avec le tabes avait déjà été notée par Charcot, von Reuss, Martin Bloch. C'est un nouvel exemple que nous publions.

Les symptômes cliniques : apparition précoce des symptômes bulbaires, parésie du voile, vertiges intenses, parésie des adducteurs laryngés, puis des récurrents, crises laryngées, dysphagie, tachycardie, lipothymie, hémiatrophie droite de la langue, paralysie et atrophie faciales, paralysie du releveur palpébral et de l'abducens, parésie des muscles masticateurs, la paralysie et l'atrophie des mus-

cles périphériques, enfin l'ensemble des symptômes tabétiques habituels, tout cela se trouve largement expliqué par les détails de l'étude anatomique des centres nerveux que nous venons d'esquisser.

Nous ne voulons insister que sur les paralysies et atrophies musculaires, sur la pathogénie desquelles notre observation peut contribuer à jeter quelque lumière.

Deux théories sont en présence.

Charcot, Leyden, Lapinsky, Marie tiennent pour l'origine myélopathique ou médullaire (c'est-à-dire centrale, si l'on met sur le même pied les nerfs craniens) de l'atrophie. Déjerine, Nonne, Goldscheider au contraire trouvant dans des cas analogues les nerfs très altérés et les centres indemnes ou relativement peu atteints, défendent énergiquement la conception névritique.

Mais beaucoup d'auteurs ont découvert des lésions dans les noyaux des nerfs craniens ou les cellules des cornes antérieures, précisément dans les cas de paralysie vraie ou d'atrophie intense, ce qui fait dire à Marie : « A l'appui de l'opinion qui veut que la lésion productrice de l'atrophie musculaire tabétique siège dans les centres nerveux et secondairement seulement dans les nerfs périphériques, je vous citerai comme un argument sans réplique les faits qui par plusieurs auteurs et par moi-même ont été constatés à propos de l'hémiatrophie linguale au cours du tabes. »

Dans notre observation tout au moins, qui est un tabes *à allure rapide*, nous ne pouvons admettre qu'une origine centrale, la lésion des noyaux des nerfs craniens d'une part, les altérations des cornes antérieures d'autre part, étant tellement intenses qu'une autre explication de l'hémiatrophie linguale, par exemple, et des amyotrophies rachidiennes ne pourrait être plausible.

D'ailleurs la conception des tabes amyophiques, avec lésions des centres trophiques, date de Chrétien et Thomas, propres élèves de Déjerine.

Les atrophies musculaires de la période terminale des tabes ordinaires à évolution lente reconnaissent bien une origine polynévritique, dans le sens de Déjerine. Mais il s'agit là de phénomènes tout autres.

En effet, dans les amyotrophies tabétiques d'origine médullaire (très exceptionnelles, il est vrai) on constate, comme dans notre cas :

1° Que les localisations des troubles moteurs ne répondent pas à la distribution des troncs nerveux;

2° Les lésions sont essentiellement asymétriques en intensité : elles sont soit diffuses, soit plus ou moins bien localisées;

3° Il y a un tremblement fibrillaire très marqué des muscles atteints;

4° L'atrophie a une marche très rapide;

5° Il n'y a pas de troubles des réactions électriques, sauf une légère diminution ;

6° Il y a des lésions réelles et intenses des cornes antérieures.

Tous caractères qui sont précisément inverses de ceux de l'atrophie névritique, caractères bien définis par Déjerine : atrophies limitées au tronc nerveux frappé, symétrie parfaite, pas de contraction fibrillaire, paralysie précédant l'atrophie, *grande lenteur d'évolution*, réaction de dégénérescence, cellules ganglionnaires des cornes normales.

L'atrophie ne marche d'ailleurs pas comme dans l'atrophie spinale progressive aiguë et nous croyons que pour la moelle une part peut être laissée dans les progrès de l'amyotrophie aux altérations des racines motrices, fort altérées dans notre cas, et que, d'autre part, les lésions des cornes s'expliquent en partie fonctionnellement par la dégénération des collatérales longues des racines postérieures. Schaffer a prouvé, en effet, que ces collatérales longues exercent une impulsion nutritive sur les cellules des cornes antérieures. Mais ces deux interventions sont purement partielles, vu la grande intensité des lésions des cellules motrices.

En effet, à la base de toutes les altérations, nous avons reconnu une lésion pie-mérienne et vasculaire, conduisant strictement à de pures atrophies simples diffuses. Ceci semble élargir le débat et mettre en question la nature même du tabes. L'ancienne théorie méningitique ou méningo-vasculaire était depuis longtemps tombée dans l'oubli quand P. Marie et G. Guillain la remirent en honneur (1903). Pour eux, la lésion initiale du tabes n'est autre chose qu'une lésion syphilitique du système lymphatique postérieur de la moelle. La systématisation du tabes ne serait en quelque sorte qu'une pseudo-systématisation due à la disposition des voies lymphatiques et des septa pie-mériens intramédullaires; la lésion des racines postérieures elle-même ne serait que secondaire à l'affection du système lymphatique postérieur de la moelle (1).

La méningite que nous avons constatée est un indice d'intoxication ou de toxi-infection de la cavité sous-arachnoïdienne et comme telle, elle contribue à éclaircir la pathogénie de notre observation. Nous ne voulons pas prétendre davantage.

---

(1) Nous rappelons à ce propos les expériences récentes de Spielmeyer (1909) qui a produit chez le chien des dégénérations des racines et des cordons postérieurs par injection de stovaïne dans la cavité sous-arachnoïdienne. Ces lésions sont très comparables comme topographie à celle du tabès. Dans plusieurs cas, il existait en outre une dégénérescence marginale de la moelle. Le même auteur, en inoculant des chiens avec le Trypanosome Brucei, a obtenu également des lésions des racines postérieures et des cordons postérieurs, analogues à celles du tabès, de même que des lésions du trijumeau et du nerf optique.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 14 avril 1910

Tabes et amyotrophie au cours d'une méningo-encéphalo-myélite syphilitique

MM. MOSNY et BARAT. — Le malade que nous présentons à la Société est atteint de deux ordres de troubles; les uns se rattachent à un tabes avancé et grave; les autres à une amyotrophie qui, après avoir réalisé le type Aran-Duchenne, a pris une extension considérable. Nous avons pu reconstituer d'une façon assez précise l'évolution remarquablement rapide de ces deux ordres de phénomènes, et les rattacher, les uns et les autres, avec une très grande probabilité, à une méningo-encéphalo-myélite syphilitique.

Le cas de notre malade n'est pas fort difficile à classer. D'une part, les premières observations de Raymond et surtout les travaux de Léri ont fait connaître le rôle de la méningomyélite syphilitique dans la pathogénie d'amyotrophies pouvant prendre le type Aran-Duchenne; d'autre part, on a plusieurs fois mentionné la coexistence de ces amyotrophies avec diverses affections médullaires ou même encéphaliques de même nature : paralysie générale, sclérose combinée, et, beaucoup plus souvent, tabes.

Dans aucun des cas publiés jusqu'ici, on ne rencontre une pareille étendue des troubles trophiques. L'amyotrophie qui a frappé les deux membres supérieurs s'est étendue aux muscles de l'épaule, ce qui n'est pas très rare; mais de plus, elle a atteint les muscles de la nuque et du dos, en particulier, ceux des gouttières vertébrales.

Mais la rapidité avec laquelle les lésions se sont constituées est plus intéressante que leur étendue même. Il nous faut envisager séparément l'évolution de l'amyotrophie et celle du tabes.

En prenant comme date du début de l'amyotrophie la date d'apparition des premières douleurs, on trouverait que ces lésions considérables se sont constituées en vingt mois. Mais ce chiffre ne donnerait qu'une idée très imparfaite de la rapidité du processus, car il ne représente que la durée totale d'évolution de l'amyotrophie, tandis que les groupes musculaires ont été atteints successivement. Sous nos yeux se sont atrophiés en moins de trois mois des muscles presque normaux à l'entrée du malade (frontal, masseters, jambier antérieur).

Si le terme de tabes amyotrophique s'applique aisément à ces cas de tabes ancien et confirmé, où l'on voit tardivement survenir des atrophies musculaires très limitées, il semble ici tout à fait impropre. Dans notre cas, comme dans le cas récent de M. Merle, l'amyotrophie semble préataxique. D'ailleurs, puisque l'amyotrophie type Aran-Duchenne peut être réalisée isolément par la méningo-myélite syphilitique; puisque, comme dans le cas étudié par Raymond et Huet, elle a pu compliquer un tabes extrêmement fruste, où manquait même le signe de Westphal; puisque, même apparaissant au cours d'un tabes ancien et avéré, elle a pu évoluer avec une rapidité très supérieure à celle du tabes, n'est-il pas plus naturel de la rattacher directement à la méningo-myélite syphilitique, et de considérer le tabes et l'amyotrophie comme deux syndromes cliniques traduisant deux localisations indépendantes, quoique parfois simultanées, de la même affection?

Paralysie pseudo-bulbaire et maladie de Little

M. THOMAS. — Chez la fillette qui fait le sujet de cette communication, et que j'ai observée dans le service du docteur Leroux au dispensaire Furtado-Heine, la maladie remonte à la naissance et paraît avoir été produite par un accouchement difficile : pendant les premières années, il existait en outre une raideur des quatre membres qui a ensuite peu à peu rétrocédé, davantage du côté droit que du côté gauche; aujourd'hui la paralysie labio-glosso-laryngée l'emporte de beaucoup par son intensité sur la diplégie.

Cette observation rentre bien dans le cadre de la maladie de Little puisque l'affection remonte à la naissance et paraît devoir être attribuée à l'accouchement difficile et laborieux. La rigidité s'est améliorée progressivement : seule la paralysie labio-glosso-laryngée n'a guère rétrocédé et c'est cette persistance qui constitue le principal intérêt de ce cas.

Craniectomie décompressive

M. BABINSKI. — Je présente à la Société deux malades atteints de tumeur ou de pseudo-tumeur intracranienne.

La céphalée, les vomissements et l'œdème papillaire disparurent à la suite de l'intervention.

Chez l'un de ces malades, opéré par M. de Martel, il fallut exécuter les deux temps de la craniectomie; chez l'autre, opéré par M. Lejars, les troubles cédèrent après le premier temps, et pour ce motif, la dure-mère ne fut pas ouverte.

Le premier malade avait été opéré à la région temporale, le deuxième dans la fosse cérébelleuse.

Deux cas d'extirpation de tumeurs sous-corticales

MM. JUMENTIE et DE MARTEL. — Les suites opératoires de ces deux interventions, quoique assez heureuses, puisque les malades vont chirurgicalement bien, ne sont cependant pas satisfaisantes si l'on envisage les résultats. Dans les deux cas, après extirpation de la tumeur, les crises épileptiques ont cessé, mais l'hémiplégie s'est complétée, devenant flasque, avec atteinte des sphincters et troubles de la parole.

Le premier malade présenta même de l'aphasie durant deux jours, une ponction lombaire pratiquée à ce moment fut suivie de la cessation de ce symptôme et d'une grosse amélioration de l'état général, les troubles spinctériens ont disparu et l'état intellectuel est intact. Le second malade, chz lequel la tumeur avait un volume beaucoup plus considérable, est hémiplégique et verse dans le gâtisme. Nous voudrions, à propos de ces malades, faire remarquer certains points qui nous ont paru intéressants.

Au point de vue clinique. — L'absence des signes d'hypertension : torpeur, vomissements, *stase papillaire* surtout, et même céphalée dans le premier cas.

La symptomatologie étant réduite à des signes d'irritation locale, — crises convulsives à début fort et parésie progressive, — le diagnostic de tumeur n'ayant été porté que par l'absence d'antécédents syphilitiques ou tuberculeux et par l'insuccès du traitement mercuriel.

Au point de vue opératoire. — L'insuffisance du premier temps (taille du volet osseux) n'amenant qu'une sédation incomplète ou passagère des phénomènes convulsifs, et obligeant à pratiquer le second temps (ouverture de la dure-mère).

Toutefois, en présence des résultats signalés chez nos malades à la suite de

l'extirpation des tumeurs, on peut se demander s'il ne vaudrait pas mieux y renoncer lorsqu'elles sont sous-corticales devant les délabrements qu'entraînerait forcément leur énucléation.

M. DEJERINE fait remarquer qu'il n'y avait aucune lésion du fond de l'œil.

M. ROCHON-DUVIGNEAUD. — L'intermédiaire entre la tumeur cérébrale et la papillite est ce que l'on désigne du terme vague d'augmentation de tension intracranienne et qui est composé sans doute de plusieurs éléments : hydropisie sous-arachnoïdienne, ventriculaire et d'autres facteurs encore indéterminés tels que certaines compressions.

M. BABINSKI. — Un néoplasme intracranien peut atteindre un volume considérable sans avoir terminé de stase papillaire. A cet égard, le siège de la lésion ne semble pas indifférent. J'ai constaté l'absence d'œdème des papilles dans plusieurs cas de grosse tumeur de la région rolandique ; dans un de ces cas, que M. de Martel a opéré sur ma demande, le poids de la tumeur extraite après la craniectomie était de 180 grammes.

M. CLAUDE. — L'apparition de l'œdème papillaire et de la névrite optique dans les tumeurs cérébrales est un phénomène très irrégulier et qui ne parait guère en rapport ni avec la nature, ni avec le volume de la néoplasie.

Persistance de zones sensibles à topographie radiculaire dans les paraplégies médullaires avec anesthésie

MM. BABINSKI, BARRE et JARKOWSKI ont observé deux nouveaux cas : Le premier, atteint de paraplégie spasmodique, est absolument comparable à ceux dont nous avons déjà publié l'observation ; le second, syringomyélique, est à beaucoup d'égards nettement différent des autres, mais la répartition des troubles de la sensibilité qu'il présente nous parait digne d'être rapprochée du type sur lequel nous avons attiré l'attention.

M. THOMAS. — L'intégrité de la sensibilité cutanée dans les membres inférieurs des syringomyéliques, dont les membres supérieurs et le tronc sont plus ou moins anesthésiques à la douleur et à la température, quelquefois même au contact, est loin d'être exceptionnelle.

Osthéopathie traumatique anormale

MM. LEGROS et LERI présentent deux malades, l'une est atteinte d'une maladie de Paget ; l'autre présente une ostéopathie toute différente au point de vue radiographique.

Il semble donc s'agir d'une *ostéopathie traumatique*, dont l'évolution absolument anormale ne semble cependant pas vouloir être rapportée à une infection surajoutée, syphilis ou autre, ni à une maladie de Pajet.

Un nouveau cas de sclérose en plaques avec agnosie tactile

MM. CLAUDE et MERLE présentent un malade réalisant le tableau classique de la sclérose en plaques, il ne s'agit donc pas ici d'un fait où, en l'absence d'examen anatomique, le diagnostic puisse être réservé, car il offre des troubles du sens stéréognostique et surtout une asymbolie tactile des plus accusées, une conservation relativement bonne des sensibilités élémentaires. Ce

cas confirme l'opinion émise par l'un de nous antérieurement, à propos d'un cas d'agnosie tactile unilatérale, sur l'existence possible de troubles du sens stéréognostique dans les formes frustes de sclérose en plaques.

Dans ce cas, on voit donc que les troubles de la stéréognosie sont très accusés, mais les grosses erreurs commises par le sujet dans l'identification des objets sont moins sous la dépendance des altérations de la discrimination tactile et de la sensibilité articulaire, que d'un défaut d'attention. En effet, sans qu'on puisse dire que le sujet soit atteint de manifestations psychopathiques, il n'est pas douteux que l'activité intellectuelle dans les processus d'analyse et de critique des sensations, et que l'attention surtout, sont assez diminuées. Dans l'appréciation du rôle des modifications de la sensibilité dans la production de l'agnosie tactile, on n'a souvent pas assez tenu compte du coefficient psychique fonctionnel inhérent à chaque individu, qui serait bien distinct des troubles dus aux lésions corticales des faisceaux d'association qu'on a cru pouvoir admettre à l'origine de certaines agnosies tactiles, dans lesquelles les troubles de sensibilité sont au minimum.

M. BABINSKI pense qu'il s'agit d'une sclérose multiloculaire.

Syringomyélie à forme lépreuse

MM. FRANÇAIS et SCHAEFFER. — Nous sommes en présence d'une malade chez laquelle se sont développés, depuis un an environ, différents symptômes dont les plus importants sont une amyotrophie des éminences thénar et hypothénar du côté gauche avec parésie du membre supérieur correspondant, une hypoalgésie et une thermoanesthésie occupant des zones étendues et distribuées suivant une topographie radiculaire, des troubles portant sur les sensibilités osseuse et articulaire, une abolition presque complète du sens stéréognosique surtout marquée à gauche, et certains troubles trophiques intéressant les doigts et la peau du visage. A ces phénomènes s'ajoutent des troubles occupant le domaine de quelques nerfs craniens, trijumeau sensitif, spinal (paralysie incomplète du voile du palais et troubles de la déglutition), et grand hypoglosse. Parmi les taches du visage, quelques-unes sont de simples macules blanches, à fleur de peau, ou légèrement déprimées, d'autres sont entourées d'une auréole irrégulièrement pigmentée. Ces taches ont apparu quelques années avant les autres manifestations de la maladie : elles ont été précédées de plusieurs poussées d'une éruption prurigineuse. Certaines de ces taches, situées sur la nuque et le cuir chevelu, sont des cicatrices non douteuses. Mais en est-il de même des macules blanches que l'on voit à la surface de la joue et du cou à gauche ? M. Darier, qui a bien voulu examiner notre malade, a été frappé de ce fait qu'au niveau des taches couvrant la joue, la peau, difficile à plisser, offrant une sorte d'induration pâteuse, mal limitée, présente une consistance presque sclérodermique. De tels caractères ne sauraient appartenir à un tissu de cicatrice qui reste généralement mobile et souple.

Nous croyons être en présence d'un cas de syringomyélie avec syringobulbie, revêtant, en raison des macules signalées sur la face et le cou, une forme pseudo-lépreuse. Nous ne pouvons interpréter l'existence de ces taches que par des hypothèses. Il est permis de les considérer comme une forme insolite et curieuse de ces troubles trophiques intéressant la peau et le derme qui s'observent parfois au cours de la syringomyélie. Il est possible également qu'elles aient eu leur origine dans des lésions cutanées, infectieuses, banales, dont les cicatrices ont revêtu, en raison du terrain sur lequel elles se sont développées, le caractère d'un véritable trouble trophique. Il méritait d'être signalé, à cause de sa ressemblance avec les morphées lépreuses.

Séance du 12 mai 1910

—

Pseudo-myxœdème avec cryptorchidie double

MM. P. MARIE et FOIX rapportent le cas d'un petit malade qui présente tous les attributs du facies myxœdémateux.

Mais aucune déformation du corps, pas d'infiltration ni de déformation des mains ou des pieds.

Un abdomen de volume normal.

Une intelligence conservée, malgré un gros retard dans le développement du crâne ayant déterminé une forte déformation.

En outre une cryptorchidie bilatérale et, autant qu'on peut en juger, complète, les testicules n'étant pas perceptibles dans le trajet inguinal.

Il semble difficile, étant donnée l'absence complète de déformation pachydermique et de troubles intellectuels chez ce petit malade, de poser ici le diagnostic de myxœdème, surtout en présence des résultats nuls du traitement thyroïdien.

D'autre part, l'origine trophique des accidents paraît cependant évidente.

S'agit-il d'infantilisme myxœdémateux de Brissaud? S'agit-il d'un syndrome d'insuffisance polyglandulaire d'allure un peu spéciale? Peut-être faut-il faire jouer un rôle important à la double citopie testiculaire, d'autant que l'on ne perçoit même pas le testicule dans le trajet inguinal.

M. MEIGE. — Si ce petit malade ne peut être considéré comme un exemple de myxœdème franc, du moins peut-on le ranger sans hésitation parmi les infantiles myxœdémateux. Brissaud avait établi une distinction, qui n'est pas seulement terminologique, mais bien clinique, entre le *myxœdème infantile*, dont le prototype était le Pacha de Bicêtre, et l'*infantilisme myxœdémateux*, dont nous avons précisé les caractères morphologiques.

Réaction du liquide céphalo-rachidien au cours des pachyméningites rachidiennes

MM. SICARD et FOIX. — Il existe une disproportion évidente entre la quantité d'albumine et la réaction cytologique, dissociation des éléments chimique et cellulaire qui s'affirme par l'*intensité de la réaction albumineuse et la pénurie ou même l'absence de la réaction lymphocytaire.*

La lymphocytose est discrète, ou même peut manquer.

A lymphocytose discrète correspond une albumine très dense; à lymphocytose déficiente, une albumine moins abondante.

Ces différentes réactions constituent d'ailleurs en quelque sorte les échelons successifs d'une même série de faits que l'on pourrait classer de la façon suivante : a) *Syndrome minimum* (liquide blanc, pas de lymphocytose, notable quantité d'albumine, glycose normal) ; b) *Syndrome moyen* (liquide blanc ou à peine teinté, minime lymphocytose, notable quantité d'albumine, diminution du glycose) ; c) *Syndrome maximum* (liquide xantochromique, lymphocytose légère ou de moyenne intensité, albumine massive, pas de glycose).

Parathyroïdes et maladie de Parkinson

M. ALQUIER. — Il s'agissait d'une parkinsonienne bien authentique. En rapprochant mes constatations personnelles de celles des autres, je crois légitime de conclure que dans la maladie de Parkinson, l'état anatomique des

parathyroïdes est variable, comme celui de la thyroïde. Il convient cependant de remarquer que, dans cette maladie, l'appareil thyro-parathyroïdien s'écarte de son type normal bien plus souvent que les autres glandes à sécrétion interne.

Séance du 3 juin 1910

Méningite cérébro-spinale avec séquelles poliomyélitiques pures

M. SICARD et FOIX rapportent un exemple bien net d'atteinte *polyomyélitique pure* au cours d'une méningite cérébro-spinale.

Dans une *première étape*, la toxi-infection méningée se traduit par de la cephalée, des vomissements, de la fièvre.

Dans une *deuxième* (huitième jour de la maladie) se développe la lésion poliomyélitique des segments lombo-sacrés avec paraplégie motrice.

Dans une *troisième* (quinzième jour de la maladie), s'associe un certain degré de radiculite postérieure comme en témoignent les phénomènes douloureux des membres inférieurs sans troubles cependant de la sensibilité objective.

Enfin, dans une *quatrième* et dernière phase, aucun phénomène douloureux ne subsiste. Seule, la cicatrice poliomyélitique s'organise définitivement et s'extériorise sous forme de reliquats graves d'atrophie musculaire des membres inférieurs.

Névrite ascendante du membre supérieur gauche propagée à droite

M. SOUQUES relate une observation intéressante par deux points : la coïncidence d'un tabes fruste et surtout la propagation de la névrite ascendante au membre symétrique.

L'abolition actuelle des réflexes rotuliens, jointe aux anciennes douleurs fulgurantes des membres inférieurs plaide en ce sens. Ce tabes paraît arrêté, puisque depuis quinze ans il n'a donné lieu à aucun phénomène morbide.

Un point plus intéressant est la propagation des douleurs du membre supérieur gauche au membre supérieur droit. C'est là un phénomène exceptionnel, au point de vue clinique, et très important au point de vue doctrinal. En effet, on s'est demandé et on se demande encore si la névrite ascendante est capable de franchir l'étape périphérique et d'atteindre l'étape radiculo-médullaire. On admet généralement qu'elle se cantonne à la périphérie et n'envahit pas les racines et la moelle. L'observation du malade que je présente montre que la moelle peut être envahie.

M. SICARD. — Les algies ressenties par le malade paraissent ascensionnelles ou rayonnantes, mais relèvent d'une *réaction réflexe* ganglionnaire rachidienne à distance.

Paralysie faciale et diplopie dans la maladie de Parkinson

MM. P. MARIE et BARRÉ. — Nous avons remarqué chez six malades une différence importante dans l'état des deux moitiés de la face. D'un côté, du côté gauche, par exemple, le pli naso-génien est plus accentué, la fente oculaire diminuée, le sourcil généralement un peu abaissé, la joue d'apparence plus étroite; le côté droit, dans son ensemble, paraît plus épanoui. Pendant

la parole, et bien que le masque parkinsonien s'anime peu, la moitié gauche paraît un peu plus active et parfois on y voit un léger tremblement; mais, vient-on à faire ouvrir fortement la bouche du malade, l'ovale buccal est beaucoup plus large du côté droit; en même temps le peaucier du cou se contracte beaucoup plus fortement de ce côté.

Cette parésie faciale se trouve chez tous nos malades du côté où ont débuté les troubles et où ils sont encore nettement prédominants, du côté où l'état paréto-spasmodique est le plus marqué aux membres.

Mais il est un autre fait, qui autorise peut-être à faire une hypothèse plus précise sur le siège des lésions. Différents auteurs ont émis l'opinion qu'elles siègent dans la région pédonculaire : nous avons donc pensé que si cette proposition était exacte, on devrait noter parfois des troubles oculaires liés à la paralysie ou à la parésie des muscles innervés par la IIIe ou IVe paire. Or, nous avons appris, en interrogeant nos six malades, que chez trois d'entre eux, était apparue, en même temps que les troubles parkinsoniens, une diplopie, dont ils ont pu même nous donner une description parfois assez précise.

Séance du 30 juin 1910

Les nerfs ciliaires et le signe d'Argyll Robertson

M. THOMAS. — J'ai examiné les nerfs ciliaires, le ganglion ciliaire et ses racines dans trois cas de tabes. Dans deux de ces cas le signe d'Argyll-Robertson était sûrement pur; l'examen des pupilles, fait quelques jours avant la mort, avait démontré la perte du réflexe à la lumière avec conservation du réflexe à la convergence.

Dans ces trois cas il n'existait aucune dégénération de l'appareil ciliaire les méthodes de coloration à l'acide osmique ou au nitrate d'argent (méthode (nerfs courts ciliaires, ganglion, racines motrice et sensitive) appréciable par l'imprégnation de Ramon y Cajal).

On peut en conclure que le signe d'Argyll-Robertson peut se manifester sans qu'il existe de lésion dans le ganglion ciliaire, dans ses racines et dans les courts nerfs ciliaires jusqu'à leur pénétration dans la sclérotique : on n'est pas cependant en droit d'exclure complètement les lésions des nerfs ciliaires de la pathogénie du signe d'Argyll-Robertson, puisque ces nerfs n'ont pas été examinés dans toute cette partie de leur trajet qui s'étend depuis la traversée de la sclérotique jusqu'à leur terminaison dans l'iris.

Origine des courts nerfs ciliaires chez l'homme

M. THOMAS. — Ayant eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'une tabétique, chez laquelle il existait une paralysie très nette de la IIIe et de la Ve paires, j'ai fait un examen histologique complet des nerfs ciliaires, du ganglion ciliaire, de la IIIe paire et du trijumeau, ainsi que du ganglion de Gasser, dans le but d'étudier les origines des nerfs ciliaires et les connexions du ganglion.

Après coloration par l'acide osmique, les courts nerfs ciliaires ont été coupés en série depuis leur pénétration dans la sclérotique jusqu'au ganglion ciliaire : il en a été de même pour le ganglion et ses racines jusqu'à leur coalescence avec le trijumeau et la IIIe paire. Toute la portion de la IIIe paire comprise

dans le sinus caverneux a été débitée en coupes longitudinales. Le ganglion de Gasser a été débité en coupes longitudinales.

La IIIe paire et la racine motrice du ganglion ciliaire qui en provient, sont très dégénérées; les courts nerfs ciliaires sont sains. La racine sensitive du ganglion (qui vient de la Ve paire par le nerf nasal) est normale, tandis qu'il existe une dégénération complète de la racine motrice et de la racine sensitive du trijumeau.

On peut conclure que chez l'homme les nerfs courts ciliaires prennent leur origine dans le ganglion ciliaire et non dans les noyaux mésencéphaliques, conformément à l'opinion des anatomistes (Lengley, Anderson et Langendorff, Kolliker) et aux résultats des recherches expérimentales (Apollant, Lodato, Marina, etc.). En outre, la racine fournie au ganglion ciliaire par le trijumeau est formée de fibres centripètes : aucune fibre ne provient de la racine motrice du trijumeau.

Histologie des réactions méningées provoquées

MM. SICARD et SALIN. — Nous montrons les coupes de moelles de sujets ayant succombé à leur maladie causale (gangrène des membres inférieurs, délire toxique, etc.), mais après avoir reçu des injections sous-arachnoïdiennes d'eau chlorurée novocaïnée ou de sérum anti-méningococcique. L'inflammation méningée est nette avec diapédèse leucocytaire péri-vasculaire, localisée surtout au département postérieur des méninges molles et des racines postérieures, et, s'étendant en hauteur jusqu'à la région cervico-bulbaire. Ces faits anatomiques ont leur intérêt. Ils éclairent la pathogénie des signes cliniques méningés fréquemment observés après les injections rachidiennes; ils expliquent également la genèse de certains reliquats flasques notés après la rachianesthésie; ils montrent enfin la possibilité d'agir directement sur la moelle postérieure et les racines postérieures en les impressionnant favorablement par des liquides prudemment dosés et appropriés, au cours de certaines maladies nerveuses, le tabes, par exemple.

La myélite tuberculeuse segmentaire au cours de la péripachyméningite

MM. LHERMITTE et KLARFELD rapportent deux cas superposables :

Aussi bien dans le premier fait que dans le second, il existe, avec une péripachyméningite tuberculeuse limitée, une altération destructive de la moelle épinière en regard de ce foyer dure-mérien. De plus dans les deux cas on ne trouve aucune déviation vertébrale suffisamment marquée, aucun rétrécissement du canal rachidien qui puissent expliquer les altérations spinales.

Il apparaît hors de toute contestation possible que les lésions de la moelle sont en rapport avec l'existence d'un foyer tuberculeux extra-dure-mérien : la situation strictement à la même hauteur du foyer épidural et du foyer destructif spinal suffirait à elle seule à justifier cette opinion.

Il s'agit, d'après nous, d'un processus infectieux tuberculeux en action sur la moelle et conditionnant, d'une part, la destruction de certains éléments analogues, et, d'autre part, la prolifération des cellules de névroglie et des éléments conjonctivo-vasculaires. Nous ne pensons pas, que dans des cas de ce genre, il soit possible d'expliquer la genèse des lésions spinales par la diffusion des toxines tuberculeuses émises par le foyer épidural. En effet, outre que des faits anatomiques nombreux montrent que les poisons du bacille de Koch n'ont qu'une très faible diffusibilité et agissent localement, on ne s'expliquerait nullement l'existence de lésions aussi profondément destructives et aussi

strictement localisées ; ainsi que le fait remarquer M. Fickler, en admettant que des toxines soient émises en abondance du foyer épidural, la moelle n'en recevrait pas plus que si le foyer était situé dans un viscère éloigné.

Nous pensons donc être autorisés à conclure, d'après l'étude histo-pathologique de nos deux cas, que la tuberculose du tissu épidural peut donner naissance à un foyer de myélite tuberculeuse segmentaire, encore que les lésions qui les caractérisent soient d'ordre banal, et que dans ces faits c'est la soudure des méninges et surtout les racines rachidiennes qui assurent les différentes étapes de l'infection bacillaire.

Etude histologique de la méningo-encéphalite tuberculeuse

M. LHERMITTE. — L'étude des nodules tuberculeux montre que *tous les éléments histologiques de l'encéphale, hors les cellules nerveuses, concourent à son édification.* Il est hors de contestation, en effet, que les cellules plasmatiques ne dérivent pas des éléments ectodermiques (névroglie), mais des éléments mésodermiques qui, dans le cerveau normal, se limitent à la charpente méningo-vasculaire.

Les plasmazellen sont donc susceptibles de se mobiliser et d'envahir le parenchyme cérébral ; elles ne restent pas forcément confinées dans l'intérieur de la gaine lymphatique périvasculaire.

Quant aux autres éléments qui entrent dans la constitution même des nodules tuberculeux, leur provenance est plus difficile à établir.

Si nous pensons que les *cellules épithélioïdes* ont pour la plupart une origine mésodermique et dérivent de la prolifération des gaines périvasculaires, il nous semble qu'un certain nombre dérivent des cellules névrogliques, car on peut saisir des éléments de transition entre la cellule épithélioïde typique et la cellule névroglique à corps protoplasmique hypertrophié.

Pour ce qui est des *stâbchenzellen*, leur origine névroglique ne nous paraît pas douteuse et, sans que nous puissions insister sur ce point, nous nous rangeons complètement à l'opinion soutenue par M. Achucarro, selon laquelle certaines cellules à bâtonnet ne sont que l'expression de l'adaptation des cellules névrogliques. Rappelons ici que, à l'exemple de cet auteur, nous avons pu mettre en évidence dans le protoplasma de ces éléments des produits de désintégration et plus particulièrement des substances lipoïdes par la méthode au sudan III.

Les nodules tuberculeux siégeant pour la plupart en pleine substance grise, nous étions dans d'excellentes conditions pour étudier les modifications des cellules nerveuses situées à distance ; la méthode de Nissl met en évidence des altérations manifestes de ces éléments dans des régions peu éloignées du nodule tuberculeux.

Les cellules ont perdu leurs prolongements, sont arrondies, globuleuses ; les corps chromatophiles sont réduits en une poussière à peine colorée ; le noyau et le nucléole sont excentriques, enfin on constate de nombreuses figures de neuronophagie.

Etant donné qu'il n'existait autour des nodules tuberculeux ni thrombose ni œdème, c'est, croyons-nous, aux toxines émises par le foyer bacillaire qu'il faut attribuer le développement des lésions des cellules nerveuses que nous avons constatées.

Les lésions de la moelle dans les méningites

M. TINEL. — Toute méningite tend à réaliser des lésions radiculaires de mode tabétique, et que sans doute on devait trouver dans des cas de méningite

suffisamment prolongés une dégénération ascendante des racines postérieures et des cordons postérieurs de la moelle.

Nos recherches nous ont en effet permis de constater ces lésions dans quelques cas de méningite cérébro-spinale ou tuberculeuse, de durée particulièrement longue.

On constate facilement qu'avant leur entrée dans la moelle, les racines postérieures ne présentent que des lésions minimes; mais ces dégénérescences deviennent massives brusquement, au niveau de leur point de pénétration dans la moelle.

Il parait évident qu'il existe, à partir de ce point de pénétration, une moindre résistance pour le segment intra-médullaire des fibres nerveuses. Peut-être est-elle due à la disparition de la gaine de Schwann.

Ce fait est constant dans les méningites. Il nous permet de comprendre pourquoi Obersteiner et Redlich avaient cru trouver, dans un étranglement des racines à leur point de pénétration, la cause initiale des lésions tabétiques.

A côté de ces *dégénérescences* systématisées aux cordons postérieurs et conséquence des lésions radiculaires, la moelle présente encore au cours des méningites un autre mode de dégénérescence, récemment étudié par Sézary et nous.

Dans un certain nombre de cas, on constate en effet par la méthode de Marchi une dégénérescence *marginale*. Il existe à la périphérie de la moelle, en bordure, une zone plus ou moins large où les gaines de myéline apparaissent colorées en noir et même en voie de désintégration granuleuse.

Cette dégénérescence n'a rien de systématique; elle frappe uniformément tous les cordons; elle forme une véritable couronne et parfois même peut atteindre le centre de la moelle.

Cette dégénérescence marginale ou sub-marginale de la moelle ne correspond ni à une infiltration cellulaire, ni à la présence de microbes, ni à des lésions vasculaires; elle n'est en rapport avec aucune topographie des centres nerveux. Il faut donc bien admettre que c'est une lésion primitive des fibres nerveuses, de nature toxique, liée à l'inhibition de la moelle par le liquide céphalo-rachidien toxique, pénétrant de la périphérie vers le centre à la façon d'un liquide fixateur.

On peut considérer comme évident ce fait qu'un conducteur nerveux plongé dans un milieu toxique subit dans certains cas une dégénérescence plus ou moins profonde.

Ces lésions d'imbibition toxique sont très variables suivant les cas; elles nous ont paru de beaucoup plus fréquentes dans la méningite tuberculeuse. Ce fait concorde avec les expériences de Dopter et Lafforgue, montrant l'action particulièrement nocive de la tuberculine mise au contact des troncs nerveux.

Ces dégénérescences diffuses d'imprégnation par les toxines solubles, peuvent se surajouter dans la moelle aux lésions systématisées d'origine radiculaire; de même qu'au niveau des racines les altérations toxiques diffuses peuvent se surajouter aux dégénérescences localisées par contact des foyers leucocytaires.

L'une ou l'autre lésion peut prédominer suivant les cas; les mêmes toxi-infections méningées peuvent les déterminer toutes deux. Leur association possible permet, ainsi que nous l'avons fait remarquer avec Sézary, de se rendre compte de certains symptômes associés souvent aux méningites, comme le signe de Babinski par exemple, et les troubles persistants d'irritation pyramidale. Elle permet de comprendre aussi la genèse de certaines scléroses combinées et tabes associés, inexplicables par la seule pathologie radiculaire.

BIBLIOGRAPHIE

—

La fonction du sommeil, par A. SALMON, de Florence. (In-8° de 229 pages. Paris, 1910, Vigot frères, éditeurs.)

Le sommeil, considéré comme fonction de nutrition, de réintégration organique de nos centres nerveux, trouve sa meilleure explication dans une *théorie bio-chimique*.

Le sommeil doit être considéré comme une *fonction végétative ou organique* qui ressent particulièrement l'influence des stimuli psychiques. Les fonctions de sécrétion répondent parfaitement à cette condition. On remarque, en effet, l'*analogie frappante qu'il y a entre le sommeil et les fonctions sécrétoires*, comme la digestion et la miction. Ces fonctions, de même que le sommeil, sont excitées d'habitude par des stimuli psychiques et s'accomplissent ensuite par un mécanisme purement réflexe : elles sont précédées par des sensations spécifiques cénesthésiques (appétit de manger, appétit sexuel, besoin d'uriner) qui sont parfaitement analogues à l'appétit du sommeil et constituent les stimuli les plus propres à exciter les sécrétions correspondantes. On doit précisément à ces fonctions sécrétoires, la disposition interne qui pousse les animaux à accomplir les actes instinctifs précédant le sommeil comme la sécrétion digestive, sexuelle, urinaire, etc. On remarque aussi, à l'appui de la théorie sécrétoire du sommeil, que les modifications hypniques sont accompagnées très souvent de modifications analogues d'autres fonctions sécrétoires, telles que la digestion, la sécrétion sexuelle, la sécrétion intestinale, l'adipogénie.

Une confirmation très importante de la théorie sécrétoire du sommeil nous est fournie par l'étude de la *léthargie hibernale*, de l'*état de chrysalide*, de l'*état embryonnaire*.

Il est permis de supposer que le sommeil quotidien, de même que la léthargie hibernale et l'état de chrysalide, consiste en une *fonction de sécrétion, présidée par un organe à sécrétion interne*.

L'intervention, d'ailleurs, d'un organe à sécrétion interne nous semble indispensable pour comprendre le mécanisme du sommeil quotidien.

L'*hypophyse*, par son siège à la base du cerveau, près les centres corticaux les plus essentiels, par ses propriétés antitoxiques et trophiques à l'égard des cellules nerveuses, nous paraît la glande la plus propre à présider à la fonction hypnique.

L'acte hypnique a son siège dans les cellules corticales et dépend du processus chromatogénique, consistant en une fonction de sécrétion interne restauratrice, parfaitement analogue à la glycogénie et à l'adipogénie, c'est-à-dire à des processus qui sont considérés, avec juste raison, comme des véritables fonctions de sécrétion interne. Cette hypothèse se concilie parfaitement avec l'observation expérimentale nous démontrant que l'état de repos des cellules nerveuses, de même que la phase de leur réparation organique, sont caractérisés par la formation progressive des éléments chromatophiles dans le protoplasme, tandis que l'activité nerveuse est accompagnée de leur dissolution. Or, si le sommeil représente l'état de repos absolu et la période de réintégration organique des centres psychiques, il est légitime de supposer que ce phénomène se joint à la formation et à l'accumulation progressive de la substance chromatophile dans les cellules corticales.

Cette hypothèse éclaircit parfaitement *les rapports existant entre la veille et le sommeil*, car c'est justement au cours de la veille, c'est-à-dire pendant

l'activité des éléments nerveux, que le métabolisme des cellules corticales est plus actif et qu'elles assimilent les matériaux de nutrition indispensables à la formation de la substance chromatique.

Cette théorie éclaircit aussi le *mécanisme du sommeil déterminé par le besoin impérieux de dormir, le mécanisme du sommeil volontaire et involontaire.* Le premier exprime la prédominance excessive de la fonction hypnique sur l'activité psychique et dépend, à notre avis, de la formation excessive de la substance de Nissl dans la cellule nerveuse, tandis que le sommeil volontaire et involontaire dépendent simplement de la diminution de l'activité psychique, qui se traduit par un défaut de dissolution des éléments chromatophiles et par leur accumulation dans les cellules corticales.

La théorie sécrétoire du sommeil éclaircit de même l'*origine* de cette fonction. Elle considère le sommeil comme un phénomène d'adaptation qui s'est développé dans la lutte pour l'existence, un phénomène de défense, de réaction de l'organisme contre l'intoxication provenant d'une vie trop intensive, d'un métabolisme très actif. Cette intoxication pourtant n'aurait pas produit le sommeil, c'est-à-dire un phénomène de réparation des cellules nerveuses, si elle n'avait pas engendré le développement d'un organe sécrétoire intermédiaire qui, réagissant aux stimuli toxiques, exerce une action défensive et trophique sur l'organisme.

Cette théorie nous permet enfin d'éclaircir le mécanisme pathogénique des *troubles hypniques*, qui ne représentent, le plus souvent, que de simples modifications du sommeil physiologique. Nous avons examiné le mécanisme de la *tendance au sommeil* (qu'il faut distinguer de l'augmentation du sommeil), de la *narcolepsie*, qui dépendent très souvent de la dépression continue ou subitanée des centres corticaux inhibitoires de l'acte hypnique, de la *parasomnie* ou de la perturbation du sommeil. Nous avons consacré, enfin, un long chapitre à l'étude de l'*hypersomnie*, de l'*hyposomie*, de l'*insomnie*, consistant dans l'exagération ou dans la diminution des causes mêmes qui président à la fonction hypnique et à la veille.

L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies, par M. Brissot. In-8° de 256 pages, avec 9 figures. Paris, 1910, Steinheil, éditeur. Prix : 8 francs.)

Dans ce travail, l'auteur étudie la question, si controversée à l'heure actuelle, des rapports de l'aphasie avec la démence, en laissant de côté le point de vue anatomique.

La première partie de cet ouvrage est consacrée à l'état mental des aphasiques tels qu'on les rencontre journellement dans les services hospitaliers, c'est-à-dire de ces malades chez qui les troubles du langage ne sont pas contemporains de manifestations délirantes ou démentielles antérieures ou postérieures à l'aphasie. A ce sujet, l'auteur rappelle la doctrine de M. le professeur Pierre Marie : ce dernier pose en principe que *tout aphasique est un être à intelligence affaiblie* et que cet affaiblissement des facultés mentales n'a rien de commun avec un trouble démentiel : l'*aphasie*, dit-il n'est pas *démence*. Or, M. Brissot discute cette manière de voir et propose la formule suivante :

1° Si certains malades sont, sans contredit, des amoindris psychiques, beaucoup d'autres conservent l'*intégrité* des fonctions intellectuelles.

2° A côté de ces individus normaux ou frappés de déchéance mentale, *il existe de véritables déments* (déments organiques par lésions circonscrites).

3° Le sujet porteur d'une lésion circonscrite des centres du langage n'est qu'un *blessé du cerveau*, un *cérébral*, mais nullement un affaibli intellectuel. Seules, les altérations diffuses surajoutées peuvent expliquer l'apparition de la démence.

Faisant abstraction de la déchéance mentale qui peut subvenir chez ces malades, l'auteur a principalement en vue, dans une seconde partie, les aphasiques aliénés, dont les troubles du langage se manifestent au cours de certains états démentiels (démence sénile, paralysie générale) ou délirants. Le chapitre concernant les rapports de l'aphasie avec la démence sénile est particulièrement intéressant, car il nous montre que non seulement l'aphasie survient parfois, à titre de complication, dans le cours de la démence sénile, mais que, *plus fréquemment*, on voit l'aphasie sensorielle, *consistant surtout en surdité verbale avec paraphasie*, simuler chez les vieillards un état démentiel souvent très prononcé.

A noter également l'étude clinique et diagnostique des diverses psychopathies susceptibles de faire croire, chez les malades qui en sont frappés, à une aphasie organique. Parmi ces états, il faut citer l'onomatomanie, la maladie des tics (écholalie, coprolalie), les délires hallucinatoires à tendances mystiques, les différents mutismes (vésanique, démentiel, hystérique), la démence précoce (stéréotypies de la parole), la confusion mentale, la manie aiguë, la manie chronique.

La troisième partie de cet ouvrage est consacrée à l'étude des rapports qui existent entre l'aphasie et la paralysie pseudo-bulbaire d'une part, l'aphasie, l'agnosie et l'apraxie, d'autre part, ces affections étant cliniquement comparables et fréquemment associées chez le même individu.

Enfin, l'auteur termine par des considérations médico-légales du plus haut intérêt, surtout en ce qui concerne la capacité civile et la responsabilité criminelle des aphasiques. Il envisage également certaines hypothèses que la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail fait naître à l'heure actuelle.

Mentionnons, au début de l'ouvrage, un historique très complet de la question, ainsi qu'une étude sur la psycho-physiologie générale du langage, où l'auteur, après avoir critiqué les théories nominalistes, se fait le défenseur des doctrines conceptualistes.

Ce travail, qui est plutôt une revue critique sur l'aphasie, met bien au point la question si brûlante des troubles du langage ; il est enrichi de 60 observations, tant personnelles qu'empruntées à des publications antérieures.

Au milieu de cette riche documentation, signalons tout particulièrement les observations I et LIII :

OBS. I. — Femme de 30 ans, aphasique de Broca, devenue aphasique pure, polyglotte, à l'autopsie de laquelle on trouva deux foyers de ramollissement, siégeant, l'un au niveau du centre de Broca, l'autre au niveau de la zone de Wernicke du côté droit. Cette malade, aphasique pendant près de quatorze ans, était restée jusqu'à sa mort intelligente et cultivée.

OBS. LIII. — Femme de 23 ans, atteinte simultanément d'aphasie sensorielle et de paralysie pseudo-bulbaire. Apparence démentielle. Pas d'affaiblissement intellectuel appréciable.

Signalons également les observations si intéressantes du médecin Lordat, qui fut professeur à la Faculté de Montpellier (obs. XVII), du poète Baudelaire (obs. XVIII) et du dessinateur Daniel Vierge (obs. XIX).

La suggestion et son rôle dans la vie sociale, par BECHTEREW. Traduit du russe par KERAVAL. (In-12 de 276 pages. Paris 1910, Boulangé, éditeur. Prix : 4 francs).

Le but de l'auteur est de montrer que, « où que nous nous trouvions dans la société, nous subissons la contagion psychique, et, par suite, nous sommes exposés à être mentalement infectés par l'agent de contage mental ».

Il procède donc à une analyse méthodique en 34 chapitres.

Après avoir passé en revue les *différentes opinions des auteurs sur la nature de la suggestion*, il en expose un mécanisme basé sur sa théorie de la *sphère personnelle* et de la *sphère générale* du *psychisme*. Ce mécanisme est particulièrement détaillée dans les chapitres II à IX.

L'action de la foi, les illusions et hallucinations collectives, les erreurs sensorielles stéréotypées, les rêves messagers et prophétiques, les épidémies convulsives ou religieuses de toutes les époques et de tous les pays, le mesmérisme, les paniques humaines et animales, les spéculations financières, sont magistralement étudiés.

On ne sera pas moins captivé par les pages consacrées aux événements propres à la Russie, qu'il s'agisse de sectaires, de révolutionnaires, d'épidémies, d'ensorcellement, de maliovanisme, de jéhovisme, ou des psychopathies épidémiques locales des gouvernements de Kazan, d'Orel, de Minsk, des pneumatomaques russes du Canada, des associations d'amour libre, etc.

Tous les grands mouvements populaires sont, cela va de soi, représentés et disséqués ; la psychologie des foules est minutieusement examinée avec les exemples à l'appui judicieusement empruntés aux âges divers des différents peuples.

Les fonctions nerveuses (2e partie : *Les fonctions bulbo-spinales*), par W. BECHTEREW. (In 18 de l'*Encyclopédie scientifique*, 620 pages, 42 figures Prix : 5 francs. Doin & fils, éditeurs, Paris, 1910.)

L'attention se porte généralement, d'une façon presque exclusive, dans les fonctions du système nerveux, sur la vie de relation, et, c'était l'objet du premier volume du professeur Bechterew, sur les *Fonctions bulbo-médullaires*. Ce deuxième ouvrage, beaucoup plus considérable que le précédent, envisage justement les fonctions de nutrition souvent encore bien mal connues, si variées et si complexes, mais aussi si importantes, car nul n'ignore, malgré la part qu'on peut faire — et qu'on exagère souvent — aux mécanismes humoraux, que toutes les fonctions sont sous la dépendance étroite du système nerveux, et que, lorsque celui-ci défaille, tout est atteint. Aussi devra-t-on lire de près ce volume extrêmement documenté, où l'état des questions est exposé en détail, avec l'indication des lacunes, des problèmes encore à résoudre, des litiges à solutionner sur les fonctions viscérales, sécrétoires, trophiques, thermogéniques de la moelle et du bulbe : La respiration, la digestion, les actions glandulaires, les fonctions génitales, les phénomènes cardiaques et vaso-moteurs, etc., seront successivement envisagés avec le professeur Bechterew dont le livre est destiné à rendre les plus grands services.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques considérations sur un cas de crise viscérale mortelle chez un tabétique (1)

PAR

M. GOLDSTEIN

Assistant à la Clinique des maladies nerveuses de Bucarest

Les crises viscérales sont très fréquentes chez les tabétiques, de sorte que chez ces malades il n'existe presque aucun organe qui en soit exempt. En effet, en dehors des manifestations gastriques bien connues et étudiées depuis longtemps par Topinard (2) et Delamarre (3), on a décrit tour à tour des crises laryngées, viscérales, intestinales, cardiaques, hépatiques, pharyngiennes, nasales et des accès de hoquet. Je pourrais ajouter à cette liste, déjà longue, les accès de bâillements que je viens d'observer chez quelques tabétiques et qui paraîtraient constituer une espèce de crises respiratoires. Cependant dans les trois cas où je les ai remarqués, ils accompagnaient les crises gastriques, de sorte qu'ils semblent plutôt être un phénomène d'ordre réflexe et non pas une véritable crise tabétique.

Aujourd'hui que les différentes manifestations viscérales du tabès sont mieux connues, alors que le diagnostic est mis dès le commencement de la maladie, nous observons que des crises viscérales, plus ou moins manifestes, plus ou moins intenses, ne manquent presque jamais dans aucun cas. Et en dehors de leur grande fréquence, ces crises sont notées le plus souvent parmi les premières manifestations de la maladie. C'est ainsi que Determann (4), en examinant 132 cas de *tabes incipiens*, dont quelques-uns tout à fait à leur commencement, dit que les plus fréquents symptômes initiaux seraient les douleurs fulgurentes et les différentes crises viscérales. Ces dernières se présentent surtout sous des formes atypiques, rudimentaires, telles qu'aigreurs d'estomac, ptyalisme, hoquet, sensation d'égratignure dans la gorge, la toux, du pyrosis, etc.

Généralement les crises viscérales tabétiques ne mettent pas en danger la vie des malades ; beaucoup d'entre elles rétrocèdent même, en devenant plus rares et plus supportables, comme il arrive quelquefois avec les crises gastriques et laryngées. On a cependant cité des cas où les crises gastriques ont eu des conséquences mortelles,

---

(1) Cas communiqué à la Société roumaine de Neurologie et de Psychiatrie, séance du 28 janvier 1906.

(2) TOPINARD. *De l'ataxie locomotrice*. Paris, 1864.

(3) DELAMARRE. Des troubles gastriques dans l'ataxie. Thèse de Paris, 1866.

(4) DETERMANN. Zur Frühdiagnose der Tabes incipiens. *Neurologisches Centralblatt*, 1904, p. 635.

mais cela ne s'est produit que très rarement et la littérature médicale ne contient que très peu de cas de ce genre. L'un est celui de Vulpian (1), dans lequel la fin fatale a lieu pendant une crise, au milieu de symptômes de collapsus, avec traits tirés, algidité, crampes. Charcot (2) dit avoir vu plusieurs fois survenir la mort pendant une crise gastrique à la suite de symptômes comateux.

Goldflam (3), dans un court travail sur la mort subite chez les tabétiques, attire l'attention sur l'excessive rareté des cas de tabes, où la mort soit causée directement par des symptômes tabétiques. Il se souvient d'un seul cas de crise gastrique qui s'est terminé mortellement après de grandes pertes de sang par suite de vomissements et de selles hémorragiques.

Je pourrais encore rapprocher de ces cas celui de Naunyn, mentionné par Loeb (4), malgré que la mort ne soit pas survenue pendant la crise même. Il s'agit d'un tabétique, auquel on a fait une injection de 2 centigrammes de morphine afin de calmer une crise gastrique et à la suite de cette injection le malade présente la respiration type de Cheyne-Stokes et il meurt le matin même.

Cette rareté d'un exitus mortel fait que les crises viscérales du tabes — les crises laryngées exceptées — sont considérées comme bénignes *quo ad vitam*. Gowers (5), dans son traité bien connu sur les maladies nerveuses, soutient que les crises gastriques ne conduiraient jamais à la mort, quelle que soit l'intensité de l'état de prostration qu'elles produisent. De même dans aucun autre grand traité de pathologie nerveuse je n'ai pas trouvé montionnées les crises gastriques parmi les causes de la mort des tabétiques. Chez le malade qui fait l'objet de cette communication, il survient, après une longue série d'années de crises gastriques, une crise de diarrhée qui se termine mortellement en moins de vingt-quatre heures.

A. J. L., 56 ans, commerçant. Je n'ai pas pu savoir grand'chose à propas de ses antécédents héréditaires et collatéraux. Ses parents sont morts vieux sans avoir souffert de maladies nerveuses. Il a un frère et une sœur plus jeunes que lui. Un autre frère, l'aîné, est mort huit mois avant lui à la suite d'une pneumonie grippale qui est venue se surajouter à une ancienne myocardite. Il paraît avoir eu également un système nerveux délicat, car la grippe lui a causé une parèse du voile palatin, fait rare et qui a été publié par le médecin courant, M. le D[r] Schneyer (6). Le

---

(1) VULPIAN. Cité par CHARCOT.

(2) CHARCOT. *Leçons de mardi*. Vol. II, p. 336.

(3) S. GOLDFLAM. Ueber den plötzlichen Tod bei Tabischen. *Neurologisches Centralblatt*, 1905, p. 980.

(4) A. LOEB. Ein Fall von Athemstillstand bei Tabes. *Münchener med. Wochenschr.*, 1904, n° 41.

(5) GORDERS. *Spinal cord and nerves*, p. 305.

(6) SCHNEYER. Un caz de pareza bilaterala a vèlului palatin in cursul unei pneumonii gripale. *Spitalul*, 1905, n° 9.

frère cadet est neurasthénique; sur la constitution de sa sœur je ne sais rien.

De ses antécédents personnels j'ai appris qu'il a été un enfant très vif, prédisposé au sexualisme. A l'âge de 5 ans, il jouait avec leur servante pour se presser contre elle ou se coucher sur elle, sans qu'il y fut provoqué, mais seulement parce que cela lui produisait des sensations voluptueuses et des érections. A l'âge de 8 ans, en couchant dans le même lit avec une cousine, jeune fille plus âgée que lui et qui était pour quelque temps en visite chez eux, il essaie pour la première fois de pratiquer le coït, cette fois provoqué et aidé par sa complice. Il ne croit pas avoir réussi mais il se souvient très bien qu'ils ont couché pendant quelque temps ensemble en se provoquant réciproquement de l'orgasme génésique.

A l'âge de 12 ans, il entre comme pratiquant chez un jeune commerçant, qui, remarquant sa précocité s'amuse, avec quelques amis, à l'emmener dans des bordels et de l'encourager à des excès sexuels avec les prostituées. Depuis cet âge il a fait toute espèce d'excès vénériens extraordinaires (d'après l'expression du malade). La vue d'une femme l'a toujours mis dans un état de surexcitation nerveuse. Le voyage dans un omnibus lui était pénible car le voisinage d'une femme, même laide, lui suscitait d'une manière irrésistible des pensées érotiques et il ne pouvait plus en distraire son attention.

Le malade est d'un tempérament artistique, il aime beaucoup les objets d'art et surtout la musique. Quoique contraint depuis l'âge de 12 ans de pourvoir seul à son existence, il cultive pourtant la musique et arrive à être un pianiste excellent.

A l'âge de 30 ans, il a un chancre syphilitique suivi de roséole. Il fait un traitement spécifique mais de courte durée, immédiatement après que les manifestations secondaires ont disparu, il ne se soigne plus. Il a été toujours d'une constitution robuste et il n'a pas souffert, en dehors de quelques blennorragies, d'aucune maladie sérieuse.

En 1893, il ressent les premières douleurs fulgurantes, mais sans qu'il leur donne beaucoup d'attention et les considérant comme douleurs rhumatismales. Trois ans après se déclare brusquement la première crise gastrique sans qu'elle soit précédée par d'autres symptômes tabétiques, en dehors des rares douleurs fulgurantes. Cette crise est fort violente. Alarmé, il demande une consultation à plusieurs médecins qui mettent le diagnostic de tabès et lui attirent l'attention sur la gravité de sa maladie. Inquiet, il part à l'étranger pour consulter les célébrités médicales qui ne font que confirmer le diagnostic de tabès. En 1897, il consulte M. le Prof. Erb, toujours pour ses crises gastriques, les seules qui l'incommodassent alors. Il lui prescrit une cure antisyphilitique que le malade commence mais qu'il abandonne quelque temps après sous prétexte qu'il ne sentait aucune amélioration. Au contraire sa marche a commencé à devenir moins sûre sans que les crises gastriques deviennent plus rares. Ces crises consistaient en vomissements violents et un état nauséeux très pénible; au début elles étaient très douloureuses, mais peu à peu elles deviennent presque indolores.

En 1901, l'ataxie progressant, il s'en va à Baden où il fait des exercices compensateurs système Frenkel, du massage, de l'électricité, etc. On lui conseille de mettre un corset d'extension modèle Hessing. Il porte

ce corset, sans interruption, jour et nuit, pendant deux années. Mais tous ces essais thérapeutiques restent sans résultats car les crises gastriques persistent et l'ataxie motrice progresse.

J'ai vu le malade pour la première fois le 23 janvier 1903 et à ce moment j'ai constaté l'état suivant. Il est d'une constitution robuste, son système osseux et musculaire sont très bien développés. Il présente une ophtalmoplégie très prononcée à l'œil gauche, tous les muscles innervés par l'occulo-moteur commun étant paralysés. Au début, il se trouve très incommodé par la diplopie, causée par cette ophtalmoplégie. Il a été même forcé de porter un verre mat à cet œil. Ensuite, et peu à peu, il s'est habitué à ne plus se servir de son œil gauche.

Le malade est chauve et présente des plaques d'eczéma sur le cuir chevelu et dans les sillons naso-labials. Rien d'anormal du côté de la langue. Le tronc n'a aucune déviation mais aux membres supérieurs on observe une attitude spéciale des mains : le malade tient d'habitude les doigts un peu étendus et accolés formant ainsi une excavation dans laquelle il place le pouce, celui-ci étant un peu fléchi. Cette dernière particularité est la seule différence qui existe entre l'attitude des mains du malade et celle connue sous le nom de *main d'accoucheur*. Cette attitude des doigts n'est pas constante car le malade peut exécuter tous les mouvements. Mais quand il ne leur donne pas volontairement une autre attitude, ou bien pendant le sommeil, ses doigts reprennent la position décrite plus haut.

Les doigts sont toujours froids, cyanosés et leurs articulations interfalangiennes un peu tuméfiées. Il ne présente rien d'anormal du côté de l'aponévrose palmaire. Les muscles des membres supérieurs sont assez bien développés, excepté ceux des éminences thenars et hypothenars, ainsi que le premier interosseux qui sont atrophiés.

Aux membres inférieurs les masses musculaires de la face postérieure des cuisses et des régions péronières sont réduites de volume et présentent de l'hypotonie.

Il souffre très rarement de douleurs fulgurantes, mais il a une sensation très pénible dans les mains et dans les pieds. Le malade se plaint continuellement d'une sensation de serrement aux plantes des pieds et qu'il ne les peut pas décoller du sol par suite de leur lourdeur.

Il présente des troubles étendus d'anesthésie et d'analgésie aux membres inférieurs et supérieurs ainsi qu'aux régions périnéo-anales et thoraciques. Le sens articulaire est très altéré et le malade ne se rend pas compte de l'attitude des différents segments de ses membres.

La sensation d'engourdissement s'exagère lorsqu'il reste plus longtemps en repos, de sorte qu'en s'éveillant le matin, il éprouve une grande difficulté pour remuer ses membres. Pour éviter cet engourdissement le malade est continuellement en mouvement : il fléchit et étend ses bras, soulève ses jambes, etc. Quelquefois ces mouvements sont spontanés et le malade ne se rend pas compte qu'il les exécute (*Spontanbewägungen* d'Oppenheim). Malgré ces mouvements continuels, malgré les exercices multiples qu'il fait, le malade n'a jamais la sensation de fatigue.

Comme troubles de motilité je note une ataxie très intense de tous ses membres. Il exécute tous les mouvements d'une manière très désordonnée. Il ne peut marcher qu'étant soutenu et alors la progression se fait

en pas brusques et incoordonnés. Il ne peut pas écrire autrement qu'avec un crayon et presque illisiblement. Il ne peut pas non plus découper lui-même ses mets.

Les pupilles ne réactionnent pas à la lumière, celle de l'œil droit présente un faible reflexe à l'accomodation. Les reflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Il ne se produit également aucun reflexe cutané.

Ses crises gastriques ne se produisent plus maintenant qu'assez rarement, à des intervalles de cinq à six mois, elles ne sont pas douloureuses et consistent surtout en vomissements et anorexie. Le malade a une sensation intense de nausée, des éructations et des baillements continuels pendant la crise. Tout ce qu'il introduit dans son estomac pendant ce temps est immédiatement vomi, même les différentes substances employées pour combattre la nausée, telles que le champagne, la potion de Rivier, la glace, etc. Les vomissements, au commencements alimentaires, ne sont plus composés ensuite que de suc gastrique et de matières glaireuses. Cet état dure quatre à cinq jours. Dans les premiers trois jours le malade ne mange rien du tout, puis il supporte le thé froid et le dernier jour il y ajoute même un petit pain.

Quand la crise cesse le malade est pris d'une faim très intense, de sorte qu'il est insatiable. Pendant toute la durée de la crise il est dans un état de grande dépression nerveuse. Quoiqu'il n'ait pas des douleurs sa figure exprime une souffrance aiguë. Le pouls, normal pendant le reste du temps, présente des intermittences pendant la crise gastrique.

Le malade est d'habitude constipé. Il n'a pas des troubles prononcés dans la miction. Depuis quelques années il est impotent, mais il a encore quelquefois de polutions.

Du côté du système circulatoire, on ne constate aucune altération manifeste. Les battements du cœur sont un peu profonds mais sans que la surface de matité précordiale soit sensiblement agrandie. Le pouls est un peu fort, mais régulier, excepté pendant le temps des crises gastriques alors il présente une intermittence à chaque intervalle de 8 à 10 pulsations.

Je fais suivre au malade un traitement électrique consistant dans des courants galvaniques le long de la colonne vertébrale et des exercices compensateurs système Frenkel. A la suite de ce traitement l'ataxie s'améliore quelque peu et le malade peut marcher en s'appuyant sur une canne. Il peut même faire à pied la route jusque chez moi, c'est-à-dire un parcours de 600 mètres qu'il exécute accompagné par un domestique.

Le 2 mai 1905, le malade fait une chute pendant une promenade à pied. Soulevé par son domestique, il ne ressent aucune douleur et peut être conduit à pied jusqu'à la voiture. Le soir, le domestique découvre en le déshabillant, un œdème intense au genou et à l'articulation tibio-tarsienne du membre inférieur droit. Je le vois le second jour et je constate une tuméfaction et un extravasé énorme dans l'articulation du genou droit. Toute la cuisse était également le siège d'un œdème intense de sorte qu'elle était deux fois plus grosse que celle du côté opposée. L'articulation tibio-tarsienne est aussi tuméfiée et pleine de liquide. Les mouvements tant que l'œdème le permet, sont possibles dans les deux articulations tuméfiées. Il ne ressent aucune douleur et s'il ne regarde pas sa jambe malade, il ne se rend même pas compte qu'elle est tuméfiée.

Après quatre jours de repos au lit et d'un léger massage, tout revient à l'état normal, la tuméfaction ... paraît, l'œdème se résoud et le malade reprend ses exercices.

Au commencement de juin 1905, le malade se plaint depuis quelques jours qu'il ne se sent pas bien, qu'il a un peu de nausée, de l'inappétence et qu'il prévoit l'éclatement d'une crise gastrique, celle-ci étant précédée souvent chez lui par ces symptômes prodromiques.

En effet, le 11 juin, la crise gastrique commence, elle dure seulement quatre jours et elle est un peu moins violente que les autres fois. Les vomissements trsè fréquents, les premiers deux jours, se rarifient et le malade peut même supporter du café glacé et du thé froid les derniers jours de sa crise. Le 15 juin au matin commence l'habituelle faim terrible. Le malade en est tellement tourmenté qu'il consomme jusqu'à midi onze verres de thé froid et onze petits pains. Le second jour, il se porte mieux, le 17 juin, il peut même quitter la maison et vers quatre heures il me visite. Le malade a une mauvaise mine et se plaint d'avoir des vertiges. Il croit sa crise tout à fait passée et il a repris son régime habituel consistant en œufs, du lait et de la viande grillée. En le voyant faible et indisposé je lui conseille de retourner chez lui et de se reposer encore quelques jours avant de reprendre ses exercices.

Le second jour je suis appelé d'urgence. Je le vois à 7 heures du matin et il me raconte que depuis une-heure de la nuit il a été pris par une diarrhée violente et qu'il a eu jusqu'à mon arrivée une trentaine de selles diarrhéiques. Les domestiques confirment ce fait. Pendant ma viste, qui dure un quart d'heure, il a encore deux selles, lesquelles sont liquides, avec des mucosités et très peu abondantes. Le malade a un tenesme rectal continuel, la langue est chargée, les extrémités sont froides, le pouls est faible et présente les intermittences habituelles de ses crises gastriques. Malgré cet état assez grave, le malade demande quelque chose à manger. Je lui prescris des cachets de sous-nitrate de bismuth avec benzonaphtol et d'extrait d'opium. Comme nourriture et sur l'insistence du malade je permets qu'on lui donne de temps en temps un peu de lait.

Je revois le malade à deux heures. Pendant ce temps il a eu encore douze selles diarrhéiques. Il n'a pris que deux capsules sur les huit que je lui avais prescrites parce qu'il a eu des vertiges et des bourdonnements dans les oreilles, qu'il croit que le médicament les exagère.

Pensant qu'il peu se faire que l'opium contribue à la production de ces phénomènes et quoiqu'il n'en avait pris que deux centigrammes, je lui change l'ordonnance et lui prescris un mélange de tannigène et de tannalbine, à prendre dans son lait que le malade exige toujours avec insistence. Son état général ne s'est pas modifié. La langue est toujours chargée, les extrémités plus froides encore, le pouls à peine perceptible, avec intermittences, les battements du cœur sont profonds et irréguliers.

Je revois le malade à neuf heures du soir. Il a eu encore six selles diarrhéiques, il se plaint sans discontinuer du tenesme anal en demandant incessamment d'être mis son son vase. Y étant mis en ma présence, il n'évacue presque rien. Le malade est très affaibli, il est mis et soulevé de son lit comme une masse inerte et par conséquent j'ordonne qu'on ne le mette plus sur le vase mais qu'on le laisse faire sous lui.

Son état général est pire, son pouls ne bat presque plus, les battements

du cœur sont faibles, profonds et irréguliers ; ses extrémités sont très froides. Pourtant le malade dit se sentir mieux et prend encore un peu de lait. Malgré une injection de caféine et des frictions à l'alcool aux membres, l'état d'algidité progresse. Je lui prescris une potion de Todd et je lui fais encore deux injections d'éther et de caféine. Vers onze heures du soir le malade tombe dans un état comateux et à 12 h. et demie il succombe. Tout le drame s'est passé par conséquent en moins de vingt-quatre heures. L'autopsie ne fut pas permise.

Naturellement la première question qui se pose après ce dénouement, c'est à savoir si cette diarrhée fut une manifestation tabétique ou si elle a été due à une cause accidentelle. En examinant la manière dont elle s'est produite et comment elle a évolué, il est plus probable qu'elle a été de nature tabétique. En effet, le malade n'a rien consommé qui puisse être mis en cause pour déterminer une diarrhée aussi terrible. Ses proches qui ont mangé les mêmes mets n'ont souffert de rien. Ensuite il n'a pas présenté les symptômes habituels d'une indigestion et quoique cette diarrhée soit survenue immédiatement après une crise gastrique, il n'a pas eu des vomissements. La ressemblance des phénomènes accompagnant cette diarrhée à ceux de ses crises gastriques, la sensation de faim malgré son état grave, ont contribué à me faire admettre que sa dernière crise fut également de nature tabétique.

Une autre question consiste à savoir si c'est la diarrhée qui a provoqué la mort. En effet, en dehors de cette diarrhée, le malade présentait les phénomènes bulbaires qui accompagnaient habituellement ses crises gastriques. Mais il est probable que sans l'extrême faiblesse et l'algidité provoquées par la diarrhée, la crise serait passée sans un dénouement mortel.

Les intermittences du pouls que présentait mon malade pendant ses crises, ont été observées aussi par Ostankow (1). Cet auteur, dans un travail sur les crises gastriques, publie un cas de tabes où il a constaté, — seulement pendant les crises gastriques, — de l'arythmie, des variations dans l'intensité des pulsations et de l'irrégularité dans la respiration.

Ayant en vue que le malade présentait encore d'autres phénomènes bulbaires, tels que du vertige, des bâillements, etc., on pourrait attribuer ces crises à une lésion du nerf pneumogastrique. Mais cette origine est peu probable, car toutes ces manifestations bulbaires peuvent être d'ordre réflexe. L'excitation, partie de l'estomac par l'intermédiaire du nerf vague, s'irradie dans le bulbe et produit une série de manifestations décrites par Bonnier sous le nom de *syndrome bulbaire*.

---

(1) P. OSTANKOW. Sur les vomissements périodiques des tabétiques (crises gastriques). *Oboszrenie psychiatrie*, etc. (russe), 1897, n° 7-8. Analysé in *Neurologisches Centralblatt*, 1898, p. 17.

Avant de discuter si dans notre cas les crises gastriques ont eu une origine bulbaire ou médullaire, je dirai quelques mots sur certaines théories qu'on a émises pour expliquer la pathogénie de ces crises chez les tabétiques. Quelques auteurs plus anciens, comme Pierret, Demange, Oppenheim, ont conclu de leurs observations que les troubles laryngés et gastriques dépendent d'une lésion des noyaux bulbaires des nerfs spinal et pneumogastrique. Mais de tels cas sont très rares et leur nombre ne s'est pas multiplié sensiblement, ce qui aurait dû arriver si cette origine avait été la vraie, car les autopsies des tabétiques ayant eu des crises gastriques sont relativement fréquentes. Moi-même j'ai eu l'occasion d'examiner, dans le laboratoire de la clinique des maladies nerveuses de M. le professeur Marinesco, des coupes microscopiques, colorées au Nissl, des bulbes de deux tabétiques avec crises gastriques, sans y trouver des lésions nucléaires.

J.-Ch. Roux admet deux espèces de crises gastriques : les unes dues seulement aux lésions nerveuses, les autres à un état dyspeptique. Pal (1) soutient que les crises douloureuses abdominales et gastriques sont provoquées par une crise vasculaire, cette dernière consistant dans une hypertension, laquelle serait le moment causal et primaire.

L'origine nerveuse des crises gastriques ainsi que des autres manifestations viscérales, me semble être la plus probable. Les lésions indiscutables des racines postérieures ont comme conséquence l'altération des fibres qui constituent les *rami-communicantes* et par conséquent la participation du système sympatique au processus morbide. J.-Ch. Roux (2) constate la disparition des fibres fines, appartenant aux racines postérieures du splanchnique, dans 7 cas de tabes; le plexus solaire était normal. Laignel-Lavastine (3) l'a trouvé lésé et il considère la crise gastrique comme un complexus symptomatique causé par l'irritation du plexus solaire.

Les bons résultats obtenus récemment dans le traitement des crises gastriques par la résection des racines postérieures constituent un argument sérieux pour la pathogénie spinale de ces crises. En effet, Förstner et Küttner (4) en réséquant les racines dorsales 7me, 8me et 9me des deux côtés chez un tabétique qui souffrait de crises gastriques très pénibles, les douleurs et la nausée ont disparu

---

(1) J. PAL. Ueber Gefässkrisen und deren Beziehung zu den Magen- und Bauchkrisen der Tabiker. *Münch. med. Wochenschr.*, n° 49, 1903.

(2) J. CH. ROUX. Les lésions du système grand sympatique dans le tabès et leur rapport avec les troubles de la sensibilité viscérale. Thèse de Paris, 1900.

(3) LAIGNEL LAVASTINE. Recherches sur le plexus solaire. Thèse de Paris, 1903.

(4) O. FÖRSTNER et H. KÜTTNER. Ueber operative Behandlung gastrischer Krisen durch Resektion der 7 bis 10 hinteren Dorsalwurzel. *Beiträge zur Klin. Chir.* LXIII. n° 2.

comme par enchantement. Le malade gagne 2 kilogrammes de poids chaque semaine. Trois mois après l'opération tout va bien.

Bruns et Sauerbruch (1) ont également reséqué les racines dorsales 7me, 8me et 9me chez un tabétique avec crises gastriques très violentes. Après l'opération les crises cessent immédiatement. Le malade a la sensation d'avoir perdu son ventre, cependant son appétit est bon et il gagne en peu de temps 22 kilos de poids. Quinze semaines après l'intervention il a une crise douloureuse, peu violente dans le bas-ventre et deux vomissements. L'ataxie des membres inférieurs s'est aggravée.

Dans un congrès récent de la Société allemande de Chirurgie, Francke, Moskowicz et Küttner (2) communiquent le résultat de 5 cas de crises gastriques opérées par le procédé de Förster. Dans 3 cas ils ont obtenu des résultats favorables, 2 cas se sont terminés mortellement.

On peut donc admettre que les rami-communicantes participent au processus morbide qui se passe dans les racines postérieures et qu'ils provoquent les crises des viscères qu'ils innervent. Cependant on ne peut pas exclure tout à fait la participation du pneumogastrique et du glosso-pharyngé, les nerfs « nauséeux » de Budge, ayant surtout en vue que les crises gastriques sont fréquemment accompagnées d'une forte sensation de nausée. Mais il est plus probable que le plus souvent cette participation des nerfs bulbaires soit seulement de nature réflexe.

La participation plus ou moins prononcée des nerfs bulbaires, soit directe, soit réflexe, imprimera des caractères différents aux crises gastriques.

Pour comprendre les variations produites par la prédominance du facteur médullaire ou bulbaire dans la production des crises gastriques, qu'il me soit permis de dire quelques mots sur l'innervation de l'estomac. Les physiologistes (Budge, Langley, etc.), sont d'accord que l'excitation du nerf vague produit la dilatation du cardia. Les expériences de Courtade et Guyon (3) sont encore plus intéressantes pour l'explication des crises gastriques. Ces auteurs, en effet, arrivent à la conclusion que dans les conditions habituelles, quand le cardia est fermé, l'excitation du pneumogastrique détermine sa dilatation. Le sympathique est au contraire constricteur. Mais on ne peut bien observer cette action constrictive que lorsqu'on sectionne préalablement le sympathique et qu'on excite son bout périphérique. De cette manière seulement la con-

(1) O. BRUNS et F. SAUERBRUCH. Die operative Behandlung gastrischer Krisen. *Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.*, XXI, n° 1.

(2) 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin, 30 mars-2 avril 1910. *Ref. in Neurologisches Centralblatt*, n° 8. 1910.

(3) COURTADE et GUYON. Innervation motrice de l'estomac. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1899, n° I, p. 38.

traction des fibres circulaires de l'estomac devient évidente. Courtade et Guyon expliquent ce phénomène par le fait que si on ne sectionne pas le sympathique son excitation se propage en même temps par voie centripète, c'est-à-dire réflexe, au nerf vague, dont l'action dilatatrice annihile ou contrebalance l'effet constrictif du sympathique.

Ces données physiologiques peuvent expliquer les différentes formes des crises gastriques, qui varieront selon le degré des lésions du sympathique et selon l'intensité du réflexe du vague ou même d'une lésion concomitante de ce dernier. Fournier, par exemple, distingue dans les crises gastriques :

a) Des cas avec des vomissements seulement;

b) Des cas avec des gastralgies seulement;

c) La grande crise gastrique;

d) L'anorexie.

En prenant en considération les expériences de Courtade et Guyon sur l'innervation de l'estomac on pourrait établir les rapports suivants entre la modalité des crises et l'intensité des lésions. Au début du tabes, quand les altérations des racines postérieures commencent à se produire, a lieu une excitation des rami-communicantes : la propagation périphérique de l'excitation aura comme conséquence une contraction plus ou moins violente des fibres circulaires de l'estomac — *crampes* — et la propogation centrale produira une excitation réflexe du pneumogastrique et par conséquent la dilatation du cardia — *vomissement*. D'après le degré de la lésion et du réflexe central, il se produira donc ou seulement des douleurs gastriques, ou des crises douloureuses accompagnées de vomissements, ou enfin seulement des vomissements sans douleurs.

Avant de finir, j'insisterai quelque peu sur les accès de bâillements observés pendant les crises gastriques, ce phénomène étant à un degré quelconque en relation avec la participation du nerf vague dans les crises gastriques. J'ai observé encore de tels accès de bâillements dans deux autres cas, dont je résumerai les observations en quelques mots :

F. P., 50 ans, fonctionnaire. A l'âge de 25 ans, infection syphilitique; des abus sexuels. Le tabes s'est manifesté depuis quatre ans par des fulgurantes, puis de la diplopie et du ptosis, de l'incontinence d'urine, de la constipation et de l'impotence génitale. Après un an des crises gastriques sont survenues. Elles commencent par de la nausée et de l'inappétence et durent de cinq à huit jours. Les vomissements ne sont plus à présent trop douloureux, mais ils sont accompagnés de vertiges très pénibles. L'ataxie est peu manifeste. Pendant la crise gastrique, surtout à son début et à sa fin, le malade a des accès de bâillements, de hoquets et des étirements.

Je l'ai suivi pendant une crise gastrique très grave. Au début il présenta des bâillements extraordinaires et des vomissements, puis

il est tombé en collapsus, état dans lequel il est resté pendant vingt heures. Il n'est revenu à lui qu'après plusieurs injections de caféine. Son état était tellement grave que la famille a appelé un prêtre pour lui administrer les derniers sacrements.

T. C., 43 ans, commandant en retraite. Son tabes, actuellement très avancé, a commencé chez lui par des troubles dyspeptiques, considérés pendant une année comme des troubles gastriques neurasthéniques. Le diagnostic fut mis après l'apparition des troubles vésicaux et des douleurs fulgurantes. L'ataxie a progressé rapidement, de sorte qu'après quatre années de maladie il est immobilisé au lit et présente des amyotrophies excessives. Il a une sensation de brûlure dans la région épigastrique et des douleurs qui s'irradient dans l'abdomen. Ces douleurs tourmentent beaucoup le malade, elles sont plus intenses pendant la journée. En dehors de l'inappétence habituelle, il a de temps en temps des vraies crises d'anorexie, pendant lesquelles il mange très peu et seulement par ration, mais sans aucun appétit, de sorte qu'il est souvent forcé de retirer avec la main le morceau de sa bouche, ne pouvant pas l'avaler. Pendant les crises douloureuses, et surtout pendant les périodes d'anorexie, il présente des accès de bâillements.

SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

Séance du 7 juillet 1910

Asthénie musculaire guérie par opothérapie surréno-hypophysaire

MM. CLAUDE et VERDUN. — Les accidents sont apparus au cours d'un séjour à la maison de convalescence de Vincennes où le malade avait été envoyé après guérison d'une éruption étendue de furoncles et de pustules d'ecthyma traitée à l'hospice Saint-Louis dans le service de M. le docteur de Beurmann. Quelques troubles de la vue portant sur l'acuité visuelle, puis une faiblesse progressive des membres inférieurs furent les premiers symptômes qui attirèrent l'attention. A la fin de son séjour à Vincennes, le malade ne pouvait plus marcher sans le secours d'une canne. Bientôt les membres supérieurs perdaient également de leur force et des troubles apparaissaient du côté de la voix.

L'étude objective de ce malade nous a permis de constater, en même temps que ses troubles asthéniques, une diminution globale notable de la force musculaire et de l'excitabilité faradique avec abolition ou diminution des réflexes tendino-musculaires.

Rien du côté du système nerveux central pour expliquer de tels phénomènes et nous pensons alors à un trouble fonctionnel lié à l'altération d'une ou plusieurs glandes à sécrétion interne.

Le malade est alors mis au traitement opothérapique par l'extrait surrénal à doses progressivement croissantes, auquel furent adjointes bientôt des granules de sulfate de strychnine et, ultérieurement, des tablettes d'extrait hypophysaire.

Il fut guéri au bout de deux mois.

Paralysie générale et saturnisme

MM. SICARD et BLOCH présentent un paralytique général saturnin qui nie tout antécédent syphilitique.

Il serait donc légitime, d'après les traités classiques, de le considérer nosologiquement comme atteint de paralysie générale saturnine. Mais la réaction de Wassermann est très franchement positive à la fois dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Ce cas n'est pas isolé. Depuis six mois que nous avons suppléé notre regretté maître M. Brissaud dans le service des « agités » de l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion d'observer deux autres malades en tous points analogues et qui nous ont été envoyés avec le diagnostic de p. g. p. saturnine légitimé par les symptômes cliniques. Il s'agissait de deux hommes âgés de 35 et de 42 ans, saturnins depuis de longues années, ayant présenté de la paralysie radiale et des coliques à différentes reprises, et qui tous deux, par leur liquide céphalo-rachidien et leur sang, réagissaient très franchement au Wassermann.

D'autre part, nous avons pu nous assurer que l'intoxication saturnine seule se révélant par les accidents classiques du liséré, de la colique, de la paralysie rachidien et leur sang, réagissaient très franchement au Wassermann.

Bispasme facial. Alcoolisation

MM. SICARD et BLOCH présentent une femme atteinte, depuis deux ans, d'un hémispasme facial gauche, devenu bilatéral il y a trois mois.

Jusqu'ici l'injection neurolytique était restée tronculaire, c'est-à-dire poussée au niveau du tronc du nerf facial à sa sortie stylo-mastoïdienne, provoquant une paralysie faciale globale. Vous pouvez voir au contraire chez cette malade la parésie curatrice de la seule branche palpébro-orbiculaire. L'injection a été poussée au-dessous de l'apophyse zygomatique, immédiatement après l'échappée du facial au delà de la branche montante du maxillaire inférieur, au niveau de son passage parotidien. Cette possibilité de dissociation thérapeutique peut présenter de l'intérêt, surtout au cas de blépharospasme localisé, sans association de labiospasme.

M. MEIGE. — C'est là un type de convulsion faciale, *bilatérale* et *médiane*, qui mérite d'être distingué à la fois de l'hémispasme périphérique et des tics de la face. Je l'ai observé surtout chez des sujets d'un certain âge, à l'inverse des tics faciaux, surtout fréquents chez les jeunes sujets; enfin, je l'ai vu coïncider avec d'autres phénomènes convulsifs frappant les muscles de la mâchoire ou les muscles du cou.

D'après les caractères objectifs des contractions, autant que par son évolution, cette variété de convulsion faciale me paraît devoir être de même nature que le torticolis convulsif. Elle s'accompagne de réactions mentales analogues.

Bien qu'il soit prématuré de parler ici de pathogénie, je suis porté à croire que cette affection est sous la dépendance d'une cause irritative, mais que cette cause n'est pas périphérique. J'admettrais plus volontiers qu'elle siège dans la région bulbo-protubérantielle.

Le retrait réflexe du membre inférieur provoqué par la flexion forcée des orteils

MM. P. MARIE et FOIX. — Nous avons été amenés à étudier quels sont les mouvements réflexes que détermine à l'état pathologique, et plus spécialement dans les affections du faisceau pyramidal, la flexion forcée des orteils et accessoirement la pression transversale du pied.

Normalement, ces manœuvres ne déterminent aucun réflexe.

Dans l'état pathologique, elles déterminent un mouvement complexe de retrait du membre inférieur, qui comprend :

La flexion de la cuisse sur le bassin;

La flexion de la jambe sur la cuisse ;

La flexion du pied sur la jambe avec adduction et rotation interne du pied par contraction du muscle jambier antérieur que l'on voit se dessiner comme une corde au niveau du cou-de-pied.

Pour le rechercher il faut prendre à pleine main l'ensemble des orteils et les porter progressivement en flexion forcée sur le métatarse.

On doit éviter de porter en même temps l'ensemble du pied en hyperextension sur la jambe, manœuvre douloureuse provoquant aisément des mouvements de défense.

La flexion forcée doit être progressive et non brutale.

La pression transversale du pied provoque une action analogue, mais elle constitue un procédé de recherche moins sensible.

La pression transversale doit être énergique. Elle cause ·

1° Dans un premier temps, la contraction du jambier antérieur avec retrait du pied et rotation interne, assez souvent extensive de l'orteil.

2° Dans un deuxième temps, et pour une excitation plus forte et surtout plus prolongée, le retrait de la jambe.

Le retrait réflexe du membre inérieur par flexion forcée des orteils parait avant tout lié à une lésion du faisceau latéral. Il constitue un signe intéressant, par sa fréquence d'abord, ensuite parce qu'il est aisément isolé et partant précieux pour le diagnostic étiologique.

M. CLAUDE. — Le mouvement du membre inférieur qui est observé chez les malades qui nous ont été présentés est analogue à celui qui se produit chez les hémiplégiques, dont j'ai rapporté l'histoire, par le pincement de la peau ou des muscles.

Les sujets, qui ont présenté dès le début les phénomènes d'hyperkinésie réflexe et que j'ai suivis, ont guéri de leur paralysie ou ont eu une amélioration suffisante des troubles moteurs pour qu'on soit en droit, au point de vue pratique, de parler de guérison.

Syndrome cérébello-choréiforme infantile

MM. P. MARIE et JOLTRAIN. — Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un petit malade que nous vous présentons et qui est des plus intéressants à cet égard. Si, à son entrée à l'hôpital, les mouvements choréiformes qu'il présentait pouvaient le faire considérer comme un choréique banal, bientôt l'aspect clinique complètement modifié, l'étude des mouvements, l'apparition des phénomènes ataxiques, l'abolition complète des réflexes, le signe de Babinski et l'évolution permettaient de penser à des lésions multiples du cervelet et des cordons postérieurs de la moelle et du faisceau pyramidal. Cette affection parait se rapprocher par son ataxie, beaucoup plus de la maladie de Friedreich que de la chorée, et, d'autre part, des signes de tuberculose du faisceau pyramidal peuvent comparer ce cas, bien qu'il en différe par beaucoup de points, à ceux que M. Thomas présentait récemment avec le diagnostic de « chorée persistante avec lésions organiques ».

Il s'agit d'un adolescent âgé de 14 ans, entré à l'hôpital avec un syndrome choréiforme; mais déjà malade depuis l'âge de 5 ans, où les premiers troubles observés apparurent à la suite d'une fièvre typhoïde. Ils consistaient en troubles de la parole et de la marche et quelques mouvements des membres, qui augmentaient progressivement. Actuellement, il y a en outre une ataxie très marquée, avec abolition complète des réflexes, et un signe de Babinski. La maladie, qui a fait de grands progrès depuis deux mois, continue à évoluer avec une certaine rapidité. La démarche est de jour en jour plus difficile. Les chutes sont beaucoup plus fréquentes.

Dégénération et régénération du sterno-mastoïdien et du trapèze à la suite de la section de la branche externe du spinal

M. BABINSKI. — J'ai présenté à la Société de Neurologie, il y a trois ans, une malade atteinte d'un torticolis dit mental, qui, après avoir été traitée sans succès par les divers moyens médicaux, a subi, sur mon conseil, la section de la branche externe du spinal gauche avec résection d'une portion du nerf d'un centimètre de longueur.

Cette opération a été suivie d'une amélioration notable qui, malgré les prévisions pessimistes de quelques-uns de nos collègues, s'est maintenue et s'est même accentuée depuis l'intervention remontant aujourd'hui à trois ans.

En ce moment, cette femme, que je soumets de nouveau à l'observation de la Société, peut tenir sa tête absolument immobile, et elle paraît tout à fait guérie. Le retour à l'état normal n'est pas complet, il est vrai, car, sous l'influence d'émotions ou du surmenage, il se produit quelques contractions involontaires dans les muscles du cou; mais ces troubles, d'ailleurs intermittents, sont insignifiants à côté de ceux dont cette femme souffrait autrefois. J'ajoute que la faiblesse du membre supérieur gauche, consécutive à l'opération, s'est notablement atténuée.

Je puis donc dire aujourd'hui que le résultat thérapeutique est remarquable et ce fait me paraît intéressant au point de vue pratique.

Mais il offre encore un autre intérêt que je désire faire ressortir. Lors de la première représentation, en novembre 1907, le sterno-mastoïdien était presque complètement atrophié et la portion claviculaire du trapèze était notablement diminuée de volume.

Aujourd'hui, on constate que le sterno-mastoïdien gauche, comparé au droit, est simplement réduit de volume; la contractilité volontaire a reparu, à un faible degré, il est vrai; quant à la contractilité faradique, elle est très nette et même assez prononcée.

Voici maintenant un homme à qui j'ai fait subir, il y a trois ans, la même opération que chez l'autre malade, avec cette différence qu'elle a été bilatérale. Cette intervention était motivée par des mouvements spasmodiques involontaires extrêmement intenses et pénibles dans le domaine de divers muscles de la face et du cou, des sterno-mastoïdiens en particulier. Comme dans le cas précédent, le résultat de l'intervention a été très satisfaisant et persistant. Chez ce malade aussi, le sterno-mastoïdien des deux côtés s'est d'abord tout à fait atrophié; sa contractilité volitionnelle et sa contractilité faradique ont été totalement abolies pendant longtemps. Or, actuellement les deux sterno-mastoïdiens se sont reformés et leur restauration est même à peu près complète; ils sont volumineux; ils peuvent se contracter énergiquement sous l'influence de la volonté et leur contractilité électrique est normale. La portion claviculaire du trapèze, qui s'était aussi atrophiée à la suite de l'opération, s'est reconstituée et se contracte normalement.

C'est là un fait important : le sterno-mastoïdien et le trapèze paraissent soumis à un privilège au point de vue de leur aptitude à régénérer, après avoir subi la dégénération.

Chorée rythmée de l'avant-bras guérie par la persuasion aidée du kélène

MM. CRESPIN et RÉGNIER. — Une femme de 46 ans entre à l'hôpital, pour des mouvements alternatifs de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras gauche, mouvements commençant au réveil et cessant seulement pendant le sommeil. L'amplitude de ces mouvements est de 45° environ, et il y a trois mouvements complets par seconde. Le membre est appliqué contre le corps; la main est immobilisée sur l'avant-bras et les doigts légèrement fléchis.

Nous avons essayé de persuader à la malade qu'elle guérirait parfaitement, que nous avions déjà traité avec succès des malades de son genre, et à ces essais de persuasion, nous ajoutions des bains chauds prolongés, des applica-

tions médicamenteuses locales, des courants électriques, des drogues actives ou non, la solanine par exemple. Pendant un mois, nos efforts restèrent vains, et nous ne pûmes non plus jamais obtenir le sommeil hypnotique. La malade était butée, demandant à sortir, puisque nous ne pourrions jamais « arriver à rien ».

C'est alors que nous eûmes l'idée d'employer le kélène en inhalations, et d'agir sur la malade par la persuasion, au moment où, se réveillant du sommeil provoqué, elle devenait plus accessible à ce procédé thérapeutique.

Dès la première séance, il y eut une amélioration, en ce sens que la malade, pendant les heures qui suivirent, manifesta plus de confiance dans le résultat de notre intervention, et n'opposa plus de dénégations absolues à nos affirmations optimistes.

Le lendemain, nouvelle séance, avec sommeil prolongé pendant quatre minutes. Au réveil, crise de larmes; la malade nous écoute avec la plus grande complaisance, et les mouvements suspendus pendant le sommeil artificiellement obtenu ne reparaissent plus que sous forme de secousses toniques espacées.

Le surlendemain, à la suite d'une autre séance, la guérison s'accuse, et la malade dit qu'elle recouvre sa volonté, nous remerciant chaleureusement.

Nous la gardons encore quinze jours, afin de nous assurer de la réalité de la guérison.

Cette observation nous semble présenter un certain intérêt, en raison de l'aide puissante que l'anesthésie générale (au kélène dans l'espèce) peut apporter à la persuasion dans les phénomènes d'ordre hystérique.

Névrites motrices ascendantes suivies de syringomyélie

MM. HUET et LEJONNE présentent une malade chez laquelle, quelques semaines après une piqûre assez profonde à la plante du pied droit, rapidement guérie, après avoir donné lieu seulement à un peu de rougeur autour de la piqûre et à de l'enflure du pied, sans suppuration et sans adénite, on voit survenir un affaiblissement progressivement croissant des muscles du pied et de la jambe, s'étendant ensuite aux muscles de la cuisse et aux muscles de la fesse.

L'examen pratiqué un an après montre de la réaction de dégénérescence bien accusée et assez uniformément répartie sur tout le territoire des nerfs sciatiques poplités externe et interne, de la réaction partielle de la dégénérescence sur tout le territoire du nerf sciatique à la cuisse, du nerf obturateur et du nerf crural. Il n'existe pas et il n'a pas existé de troubles sensitifs, ni subjectifs, ni objectifs. Il semble bien à ce moment qu'il s'agisse de névrites motrices comme le font croire la localisation des troubles moteurs et la répartition des altérations des réactions électriques à topographie périphérique.

En dehors de la blessure, on ne trouve aucune cause à ces névrites; il n'existe pas d'intoxications alcoolique, saturnine ou autres, ni de raisons d'auto-intoxication; la santé générale de la malade est bonne; il n'y a pas de diabète; il n'y a pas eu de maladie infectieuse à l'origine des accidents ni depuis ; il ne semble pas non plus que la malade ait eu la syphilis.

Dans une deuxième étape, près de deux ans après la blessure, sans qu'une nouvelle cause intervienne, on voit les troubles moteurs s'étendre au membre intérieur du côté opposé, et à peu près de la même façon.

Dans une troisième étape on voit apparaître des troubles faisant penser à de la syringomyélie. Ils consistent en une légère dissociation de la sensibilité à la température.

Les névrites se sont comportées comme des névrites ascendantes; elles diffèrent de la névrite ascendante habituelle en ce sens qu'elle se sont montrées exclusivement motrices et se sont développées sans qu'il existât de douleurs et sans troubles sensitifs.

Monoplégie brachiale, par électrocution avec anestésie hysthérique médicale

M. SOUQUES présente un homme de 30 ans, atteint d'une décharge électrique dans la main droite; il s'ensuivit une monoplégie spasmodique sans anesthésie. Celle-ci apparut seulement le lendemain. Il est légitime, à mon avis, d'admettre que les pincements et les questions posées au malade (encore ému et troublé), pendant le premier examen, ont attiré son attention sur la sensibilité de son membre contracturé et provoqué par suggestion l'apparition de l'anesthésie sur ce membre.

Une pulvérisation au chlorure de méthyle accompagnée d'une suggestion énergique fit tout disparaître.

Encéphalite à prédominance cérébelleuse

MM. BAUDOUIN et FRANÇAIS présentent une enfant de 7 ans 1/2 atteinte d'un syndrome cérébelleux indiscutable. L'âge de la malade et son état psychique empêchent sans doute l'étude des tests délicats, mais la démarche titubante, l'incoordination des mouvements, les gestes démesurés, dépourvus de liant et de souplesse, suffisent à établir la réalité de ce diagnostic.

Cette malade ne saurait, en aucune façon, être considérée comme une idiote vraie. Il s'agit simplement d'une arriérée. Elle comprend ce qu'on lui dit, et n'est dépourvue ni de sensibilité, ni de volonté.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, autopsie

MM. THOMAS, JUMENTIÉ et CLARAC. — Il s'agit d'un cas de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux à évolution particulièrement rapide, et dont la marche par poussées successives mérite d'être décrite complètement.

T..., coloriste en cartes postales, âgé de 36 ans, vient consulter en novembre 1909 pour une *céphalée* intense et tenace et des *vertiges*.

C'est un homme particulièrement vigoureux, véritable athlète, qui a toujours été bien portant jusqu'en octobre 1909, date à laquelle débutèrent, au cours d'une période d'instruction militaire, les accidents dont il se plaint : de l'*insomnie* tenace, de la *céphalée* et depuis quelques jours *des troubles de la marche*.

Les *vertiges* sont les troubles dont le malade se plaint surtout; ils sont particulièrement marqués après les repas et le malade les compare à un véritable état d'ivresse.

Les *troubles de la marche* sont des plus nets : le malade se tient debout et *marche les jambes écartées*, élargissant sa base de sustentation. On note des *oscillations*, perçues du reste par le malade, de la *titubation*.

Sa *démarche* est incertaine, ébrieuse et il a de la *latéropulsion droite* qui le fait involontairement frôler les murs. L'occlusion des yeux ne la fait du este pas augmenter.

Si on lui fait exécuter une brusque volte-face, il hésite et titube surtout quand il tourne de gauche à droite : au bout de quelques rotations dans ce sens, il accuse des bourdonnements d'oreille avec sifflements, ce qui ne se produit pas dans les mouvements de droite à gauche.

La titubation et l'hésitation sont également très nettes quand le malade se lève de la chaise pour marcher, quand il exécute un mouvement ou un ordre brusquement donné. Le saut à cloche-pied est difficile du côté gauche, impossible à droite. Les troubles de l'équilibre sont donc manifestes. Durant la marche on remarque que la jambe droite est plus raide que la gauche et il la porte plus brusquement et plus loin en avant, le pied droit frappant avec force le sol.

Dysmétrie nette du côté droit constatée par une série d'épreuves comme chez le malade présenté ici même par André-Thomas et Jumentié (Société de Neu

rologie, novembre 1909). Lorsque le malade veut prendre un verre sur une table il y a une hyperextension des doigts de la main droite. Si on lui commande, lorsqu'il est étendu sur le dos, de mettre le talon sur le genou du membre opposé, on voit que du côté droit il dépasse le but et revient dans un second temps. Quand le malade met le pied sur une chaise, on note du côté droit une brusquerie plus grande.

Dans tous ces mouvements, on note de l'hésitation le malade dépasse le but et ne le touche qu'après plusieurs oscillations, mais l'*orientation vers le but est conservée*.

La suppression du contrôle de la vue n'augmente pas ces phénomènes.

Asynergie peu marquée. Lorsque le malade renverse le haut du corps en arrière, les jambes fléchissent sur les pieds et les cuisses sur les jambes ; pas de chute en arrière.

Pas de troubles de la diadococinésie.

La force musculaire est intacte aussi bien aux membres supérieurs qu'aux inférieurs ; aucune parésie.

La flexion combinée de la cuisse et du tronc est peu nette, le malade détache un peu plus le talon droit que le gauche.

Pas de *signe de Babinski*. Les *réflexes tendineux* sont normaux.

Légère et discutable *parésie faciale* droite.

Tremblements fibrillaires de la langue, qui est légèrement déviée à gauche. Plaque de leucoplasie sur son bord droit. Elle semble plus molle, un peu *atrophiée* de ce côté.

Le voile du palais est affaissé à droite et la luette est déviée à gauche. Pas de troubles de la déglutition.

La parole, comme le reconnaît le malade, est gênée, embrouillée, difficile ; la langue marche moins bien, il ne peut plus chanter comme il le faisait autrefois.

Yeux. — *Parésie du droit externe.* — Strabisme interne de l'œil droit. *Nystagmus* seulement dans les mouvements latéraux externes de l'œil droit. *Pas de stase papillaire*, mais papilles blanches à type d'atrophie papillaire (Rochon-Duvigneaud).

Oreilles. — Surdité à droite avec conservation de la transmission osseuse des bruits. Ouïe normale à gauche.

Sensibilité. — Il ne semble pas y avoir de troubles de la sensibilité générale sur le tronc et sur les membres. Anesthésie au tact, à la piqûre et au goût dans la moitié droite du voile, la partie postérieure de la langue du même côté et la partie interne de la joue droite.

Le malade trouve que les aliments, lorsqu'ils sont du côté droit de sa bouche, n'ont pas de goût.

Le trijumeau ne semble pas pris dans sa branche motrice.

La ponction lombaire montre une hypertension nette et la présence de sucre en excès dans le liquide céphalo-rachidien. Pas d'albumine. *Réaction de Noguchi* négative (Dr Baudoin).

A ce moment, on était en droit de porter le diagnostic de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux droit, étant donnés les troubles dans le domaine des Ve, VIe, VIIe et VIIIe paires droites avec la paralysie droite du voile et les troubles cérébelleux, prédominant à droite.

Toutefois la stase papillaire faisait défaut.

Le traitement spécifique fut alors institué sans résultats.

Examen du 10 mai. Le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital au commencement de mai et nous avons pu constater les progrès considérables de l'affection

Motilité. — Le malade est complètement alité depuis deux mois et cependant il ne présente *aucune paralysie*. *La force musculaire est encore intacte*, malgré un fort amaigrissement, elle est peut-être un peu diminuée dans les fléchisseurs de la jambe sur la cuisse et les extenseurs du pied à gauche.

Réflexes tendineux. Forts. — Extension de l'orteil des deux côtés (*Signe de Babinski*).

Les troubles asynergiques semblent s'être accrus. *Couché*, le malade a de la peine à se retourner dans son lit et les mouvements des épaules s'exécutent bien avant ceux du bassin, qui ne se font qu'incomplètement.

Il ne peut s'asseoir seul sur le lit et lorsqu'on l'aide à prendre cette position, il doit se tenir fortement pour la garder.

La tête est agitée de mouvements de latéralité, sorte de *nystagmus céphalique*, elle a tendance à tomber, elle penche en avant et à droite.

Nerfs craniens. V^e paire. — Sensation subjective d'engourdissement de la moitié droite de la face que le malade croit morte. Mêmes signes d'anesthésie sur la moitié droite du voile, la face interne de la joue droite et la partie droite de la langue. *Anesthésie cornéenne* complète à droite, presque complète à gauche.

VIe paire très parésiée à droite. Légèrement touchée à gauche. Le malade porte bien le globe oculaire à gauche, mais il ne peut maintenir cette position.

Diplopie. — Nystagmus bilatéral dans toutes les directions.

VIIe paire. — *La parésie faciale est toujours très peu marquée*, douteuse même. Le malade résiste toutefois mal aux mouvements d'ouverture des paupières à droite. Spasme orbiculaire double.

VIIIe paire. (Examen de M. Weil.)

1° *Acoustique. Oreille gauche normale.* — *Oreille droite.* — Aucune perception si on annihile l'oreille gauche.

2° *Statique.* — Epreuve de Barany (15°). *Oreille gauche.* — Après 2 minutes d'irrigation, le nystagmus spontané ne disparaît pas, il semble seulement que les yeux se fixent à gauche et reviennent à gauche lentement si on provoque un regard à droite; cette déviation est surtout marquée pour l'*œil gauche. Oreille droite.* — Absolument aucun changement après 2 minutes.

Langue. — Moitié droite molle avec bord droit un peu incurvé.

Pharynx. — Hémiparésie des piliers à droite. La luette est déviée à gauche légèrement. Le voile n'est plus soulevé. La paroi postérieure du pharynx est complètement immobile. Impossibilité de provoquer le réflexe pharyngien. Gêne de la déglutition très grande, les liquides reviennent par le nez.

Le larynx paraît normal.

L'examen du fond de l'œil (Chenet) montre : 1° Placards blancs de *neuro-retitrite* (diabétique peut-être) ; 2° Signes de stase. Vaisseaux dilatés. Hémorragies.

Le 5 juin. — Brusquement, les phénomènes s'aggravent, le malade devient aphone, sa voix est éteinte, et quand il fait un effort pour parler, on constate que sa *voix est bitonale.*

Il tombe dans une torpeur qui va en croissant. On ne peut plus rien lui faire avaler, à cause des troubles de la déglutition, et il meurt le lendemain matin.

L'autopsie nous a montré qu'il s'agit bien, comme nous l'avions pensé, d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux droit, du volume d'un œuf de poule, qui semblait rattachée par un mince pédicule au conduit auditif interne.

Sa situation est celle des tumeurs de cette région. Elle comprime et écrase la moitié droite du pont et du bulbe. Le pédoncule cérébelleux moyen est *étiré* ainsi que les nerfs de la région, qui ont une longueur énorme. La Ve paire coiffe son pôle supérieur. La VIIe paire est aplatie en une mince feuille à sa face profonde et on la perd vers son bord externe. Quand à la VIIIe paire, aplatie encore, elle forme un mince ruban transparent contournant sa face postérieure en spirale.

Les nerfs mixtes sont refoulés en bas ainsi qu'un reste de flocculus.

La consistance en est molle, kystique, et sa paroi rompue laisse voir du sang formant un caillot récent.

Elle est encapsulée et facilement énucléable de la loge qu'elle s'est creusée, et nulle part elle ne se confond avec le tissu nerveux.

A la coupe, on constate un aspect très particulier : elle semble formée uniquement de caillots sanguins de volumes différents, accolés les uns aux autres, et dont la couleur varie du noir au jaune. Elle offre par endroits un aspect gélatineux et transparent.

Tous ces caillots sont enfermés dans une sorte de capsule qui est la tumeur proprement dite, elle est elle-même très vascularisée. Elle envoie entre ces caillots des cloisons qui les séparent.

Examen microscopique. Angiosarcome.

BIBLIOGRAPHIE

L'éducation des anormaux, par JEAN PHILIPPE et PAUL BONCOUR. (In-16 de 209 pages. Paris 1910, Félix Alcan, éditeur. Prix : fr. 2.50.)

En écrivant ce livre, les auteurs n'ont prétendu ni traiter complètement de l'éducation matérielle et morale des anormaux, ni surtout donner des solutions sur toutes les questions qui s'y rapportent. Il y faudrait plusieurs volumes; celui-ci dépasse à peine les dimensions d'un opuscule.

Leur seul but a été de marquer nettement dans quel esprit, suivant quelles idées directrices l'éducateur doit s'efforcer de redresser et d'équilibrer ces enfants pour en faire des hommes, des valeurs sociales : comment il peut rendre ces invalides de l'intelligence et de la volonté capables de tenir leur place parmi des camarades plus favorisés, parce que leur croissance fut régulière et normale. Diriger cette croissance, la ranimer lorsqu'elle s'arrête, et, lorsqu'elle s'en écarte, la ramener à la normale et l'y maintenir ensuite jusqu'à la formation de l'adulte, voilà l'œuvre d'un bon éducateur d'écoliers anormaux. Le but, on le sait, est le même que pour l'enfant normal : nul besoin de répéter combien il est plus difficile. L'enfant normal pourrait s'élever seul; l'anormal ne s'*humanise* jamais spontanément : on ne saurait donc aborder pratiquement la pédagogie de ces écoliers ni s'occuper utilement de leur culture ou de leur dressage, si on n'a préalablement étudié comment se succèdent, s'enchaînent et se commandent les transformations physiques et mentales qui marquent les étapes de la croissance; si l'on ne s'est nettement rendu compte que l'adolescent est une autre personne que l'enfant, et que l'adulte n'est pas un simple agrandissement du jeune homme. Croitre ne consiste pas simplement à fortifier ou agrandir son corps ou son esprit : c'est aussi réaliser toute une suite de transformations, grâce auxquelles sans cesse de nouveaux éléments s'ajoutent et s'incorporent à ce qu'est déjà l'enfant. Et plus ces transformations sont difficiles, plus la surveillance de l'éducateur doit en contrôler les écarts. D'où la nécessité pour utilement diriger la croissance de ces irréguliers, de connaitre parfaitement les étapes du développement normal, ses écarts, ses troubles et l'art d'y remédier en *individualisant* l'éducation.

Les auteurs insistent déjà sur ce point, lorsqu'ils écrivent à propos des écoles d'anormaux : « Individualiser l'éducation implique la connaissance intégrale du sujet à éduquer; sinon on restera toujours dans les à peu près. Aussi, avant toute admission, il sera fait une enquête complète sur l'état biologique et sur l'état mental de l'écolier. On notera les défectuosités que présentent ses facultés; on relèvera ses aptitudes spéciales, et, grâce à cet inventaire, on évitera bien des tâtonnements et on saura quelle direction donner immédiatement à l'enseignement, quelles aptitudes développer pour ramener l'enfant à la vie normale.

Pour les mêmes raisons, l'éducateur doit connaître les principales causes capables de modifier cette croissance, et savoir comment agir sur elles.

L'homme, quelle que soit sa place dans la société, est le produit de trois facteurs : l'hérédité, le milieu et le coefficient personnel. Chacun de ces éléments continue d'agir sur l'adulte, qui est un homme fait; mais sur l'enfant en voie de formation, ce sont les deux premiers qui prédominent. La croissance naturelle l'en dégage, s'il est normal, à mesure que sa personnalité s'affirme. Chez l'anormal, ce travail ne peut se faire, ou se fait mal : il reste l'esclave de son hérédité, sans pouvoir s'adapter au milieu, ou le jouet de ce milieu, dont il subit l'action comme une cire molle. Révolté ou tyrannisé, il restera incapable, si l'éducation ne le redresse, de prendre et d'occuper dans la société la place qui devrait lui revenir. Tout l'art de l'éducateur consiste à deviner, dans chaque cas particulier, comment il faut s'y prendre pour ramener à la normale le petit irrégulier qui lui est confié.

Ni la pédagogie, ni la psychologie théorique ne donnerait au professeur d'anormaux l'art d'éduquer ces enfants, s'il n'y joint le sens pratique de leur caractère, l'habitude de les étudier chacun en particulier, l'observation qui sait deviner jusqu'à l'âme, par de là le voile des attitudes et des paroles derrière lesquelles se cachent souvent ces écoliers. L'observation pédagogique et psychologique, dans une classe d'anormaux, doit être pratique, méthodique et précise.

Qu'il en soit de même de l'observation médicale. Gardons-nous d'affirmer l'existence d'une anomalie sur de simples impressions : gardons-nous aussi de ne regarder que les anomalies telles que les décrivent la plupart des aliénistes. En présence de ces enfants, il faut savoir dépister même les anomalies légères, même les formes transitoires, si l'on veut intervenir à temps et épargner à ces écoliers la classe spéciale d'abord, et plus tard l'internat.

Surtout on ne saurait trop recommander au médecin d'apporter la plus grande attention à l'observation du caractère, comme à celle du tempérament. Sur ce point, la collaboration du médecin et du pédagogue (dont nous avons si souvent démontré la nécessité) s'impose plus que partout ailleurs : chacun d'eux étant précisément placé de façon à voir en pleine lumière les côtés de l'enfant qui échappent à l'autre.

Seul, ce procédé d'observation en partie double permettra d'arriver, pour la diriger, à la volonté de ces enfants, que nous connaissons encore si mal. L'intelligence, chez le normal, dirige souvent cette volonté : mais elle lui obéit à peu près toujours chez l'anormal, chez qui la forme du caractère domine tout. Celui qui veut l'élever doit donc savoir le prendre par là.

C'est pourquoi les plus graves questions, en pédagogie des anormaux, sont des questions de discipline et d'éducation, plutôt que d'instruction.

N'en est-il pas, d'ailleurs, souvent de même dans les classes ordinaires?

A ceux qui proclament qu'il existe beaucoup trop d'anormaux, nous serions tentés de répondre qu'il en existera moins quand on saura s'occuper comme il faut « des mauvais élèves » qui ne sont pas encore anormaux.

VINGTIÈME CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

sous le Haut Patronage de Sa Majesté le Roi Albert

Bruxelles-Liége, 1-7 août 1910

La Maladie du Sommeil

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR LE

Dr VAN CAMPENHOUT

Professeur à l'Ecole de Médecine tropicale de Bruxelles



BRUXELLES

ETABLISSEMENTS D'IMPRIMERIE L. SEVEREYNS

34, RUE BOTANIQUE, 34

1910



La Maladie du Sommeil

Notes concernant la Maladie du Sommeil

I. Dispersion et étiologie

A. Dispersion

La maladie du sommeil ou trypanosomiase humaine, due au trypanosome gambiense, est une affection limitée dans son expansion à l'Afrique et spécialement à l'Afrique Occidentale et Centrale. Elle s'étend le long de la côte, du Sénégal, 16° N. (observation Thiroux) jusque Benguella au Sud 13° L. S. Elle s'avance à l'intérieur au Nord jusqu'au lac Chad; de là elle s'étend dans toute l'Afrique équatoriale française, les provinces du Sud et du Nil (ancienne enclave de Lado). Vers l'Est, dans l'Uganda, elle règne sur les bords du lac Victoria, plus vers le Sud elle a envahi les rives du Tanganyka, du lac Moero et du Luapola. On trouve des cas dans le Katanga jusqu'au 11° S. et dans la Rhodésia N.-E.

Dans les régions limitées par les points susnommés, la trypanose humaine sévit surtout le long des rives des fleuves et de leurs principaux affluents; ses ravages à certains endroits sont effrayants. Certaines régions, l'Uele, par exemple, en sont indemnes. Il est à craindre que les rivières qui sont encore indemnes actuellement, mais où la palpalis existe, seront tôt ou tard entreprises malgré les précautions prises pour enrayer la progression du fléau.

La maladie est connue des indigènes dans plusieurs régions où elle n'existe pas en ce moment. Dans l'Uelé notamment les chefs et notables âgés se rappellent des ravages que la maladie a occasionnés antérieurement. C'est depuis l'occupation effective par les Européens que la maladie a subi une recrudescence énorme dans le centre de l'Afrique. Et c'est cette occupation même qui doit être considérée comme étant un facteur important de cette recrudescence. Les facilités de communication, le recrutement d'individus atteints de formes plus virulentes de trypanose, les changements de condi-

tions d'existence et d'habitudes chez beaucoup de races indigènes, surtout chez les races riveraines, ont certes été la cause directe de l'exaltation du germe épidémique et de la création de nouveaux foyers là où le trypanose avait disparu.

La maladie dans certains centres existe à l'état endémique (par exemple Sierra-Léone), peu envahissante. On y retrouve des cas isolés, comme on en retrouvait il y a vingt ou trente ans dans la région des catarectes au Congo et ailleurs.

Au Congo belge il y a des régions où toute la population est atteinte. A la mission de Berghe-Sainte-Marie, la proportion était de 100 % : *tous* les enfants y sont morts de trypanosomiase.

Jusqu'il y a quelques années on croyait que les blancs étaient indemnes de la maladie, mais depuis, il a été prouvé par de très nombreux exemples que toutes les races peuvent en être frappées. On ne compte plus les Européens qui ont été atteints du trypanose et qui en sont morts. Si les Européens jouissent d'une immunité relative, elle est due exclusivement à ce qu'ils sont mieux protégés par leur genre d'habitation, d'habillement, etc., contre les piqûres des glossines, transmettant le germe, le trypanosome gambiense.

B. Description du germe

Le trypanosome gambiense (trouvé par Dutton en Gambie) est un flagellé qui, pour Roubeaud, est identique aux leptomonas. Nous n'en connaissons actuellement chez l'homme que la forme vivant librement dans le plasma.

Cette forme mesure 17 à 28 μ de longueur et environ 2 μ de largeur. Elle possède un flagelle libre, qui peut atteindre le 1/4 ou le 1/3 de la longueur totale et qui se continue dans le parasite par la membrane ondulante. Ordinairement le flagelle est libre, parfois une bande de protoplasme peut y être annexée jusqu'à son extrémité.

La membrane ondulante est étroite et se termine vers la partie postérieure du parasite au centrosome ou dans ses environs immédiats. Le noyau est situé vers le milieu du parasite. Le centrosome lui est postérieur et se trouve près de l'extrémité postérieure. Centrosome et noyau sont très visibles après coloration au Romanowski ou au Giesma. Cette dernière coloration permet aussi de déceler des noyaux de chromatine dans le protoplasma et d'étudier la membrane ondulante et le flagelle colorés en rouge-violet.

Dans des préparations à frais et à la température ordinaire, le trypanosome examiné à un grossissement moyen (obj. n° 6, ocul. 1

Leitz) se retrouve très aisément, grâce à ses mouvements de contorsion plus ou moins vifs.

Les préparations colorées conviennent mieux pour étudier les détails de structure; on peut aussi, après coloration, se rendre compte que les trypanosomes dans le sang humain et des autres vertébrés se divisent par bipartition. On peut l'observer plus ou moins avancé.

Le trypanosome gambiense s'inocule avec succès à diverses espèces de singes, sauf le cynocephalus sphinx. Le chien y est très sensible, de même le rat blanc, la souris, la marmotte, le hérisson. Il évolue plus lentement chez le lapin et le cobaye, difficilement aussi chez le mouton et la chèvre.

Tout récemment Chagas a trouvé dans l'Amérique du Sud un trypanosome qu'il a appelé « trypanosome Cruzi ». Ce trypanosome produit une anémie pernicieuse et se transmet par la piqûre des conorrhinus. Ce trypanosome présente, à côté de formes nageant librement dans le plasma, des formes endoglobulaires. Il est intéressant de noter cette forme endoglobulaire de trypanosoma Cruzi.

C. Mécanisme de la contamination

Comment se fait la pénétration du germe de la maladie du sommeil dans le corps humain. Au point de vue pratique, nous pouvons admettre comme prouvé que l'intermédiaire indispensable à la propagation de l'épidémie, c'est la *Glossina Palpalis*.

Avant d'examiner le mécanisme de la transmission par celle-ci, nous passerons rapidement en revue les autres moyens de contamination possibles.

1. *Contamination par relations sexuelles*

Le savant et regretté Professeur R. Koch, tout en admettant que la glossina palpalis fût le vecteur ordinaire de la trypanose, croyait que celle-ci pouvait être transmise par le coït.

Il s'est basé sur le fait qu'à Bukoba, village situé sur la rive occidentale du lac Victoria et en territoire allemand, il a trouvé quelques cas de trypanosomiase humaine (pas très nombreux) chez des femmes dont les maris étaient certainement décédés à la suite de trypanosomiase humaine ou en étaient atteints.

A Bukoba existaient de nombreux spécimens de moustiques divers,

de tiques, de punaises, de tabanus et autres insectes succeurs de sang, sauf la *Glossina Palpalis*. La promiscuité y était comme partout ailleurs dans les agglomérations nègres, portée au plus haut degré. Or, malgré toutes les recherches, il n'y avait aucun vieillard, ni enfant atteints. Rob. Koch en a conclu que, comme la dourine, le trypanosomiase gambieuse peut se transmettre par le coït. Toutes les femmes avaient déclaré au Dr R. Koch qu'elles n'avaient pas quitté la région. Le professeur Koch avait trouvé 5 % de femmes ayant des maris infectés ou morts de trypanosome atteintes de maladie du sommeil.

En présence de ce chiffre assez réduit de 5 %, le savant professeur admettait que la contamination par cette voie ne peut se faire que difficilement.

J'estime que le mode de transmission par les relations sexuelles doit être non seulement une exception, mais qu'elle est même impossible.

L'exemple des femmes de Bukola n'est pas probant du tout. Du village jusqu'aux endroits où régnait la maladie du sommeil et où les hommes avaient contracté le mal pendant que leurs femmes restaient au village, il y avait trois jours de pirogue le long des bords du lac Victoria. Pour qui connaît les mœurs indigènes, il ne fait aucun doute que pendant que leurs maris travaillaient à la récolte du caoutchouc pour les maisons commerciales, leurs femmes les ont rejoints fréquemment pour faire le trafic de vivres, d'étoffes, de sel, etc.

De plus, jamais en Amérique on n'a vu la trypanose se transmettre à une femme née en *Amérique*. Les nombreux Européens qui sont revenus atteints de trypanosomiase pendant ces dernières années, n'ont pas non plus été cause d'un cas européen. Je connais personnellement plusieurs exemples de maris morts de trypanosomiase, femmes indemnes depuis des années. Le même état de choses existe à l'île de San Thomé, voisine de l'île Principe, où la maladie du sommeil est extraordinairement fréquente.

2. *Transmission par les moustiques*

Dans le magistral travail sur la mission d'études de la maladie du sommeil au Congo français, les auteurs insistent à plusieurs reprises sur la possibilité de la transmission de la maladie par les piqûres des moustiques (Mousonia, Culicides). Ceux-ci pourraient produire une *épidémie de case*, épidémie toujours très limitée. Pour

prouver cette transmission, les auteurs signalent plusieurs exemples

Dans un cas il s'agit d'un travailleur originaire de la *région* du fort Lamy qui aurait été contaminé par les moustiques. Ceux-ci auraient piqué un autre travailleur atteint de trypanose gagnée dans les régions nettement endémiques.

Le Dr Couvy qui a fait le rapport, constate que la *maladie est totalement* inconnue dans la région, sauf ce cas importé. « Si, » dit-il (page 257), les glossines sont nombreuses dans certaines » régions du Chari, nous n'en avons *jamais vu* dans le *poste même* » de fort Lamy, bien que nous les ayons cherché avec soin pen- » dant les dix-huit mois consécutifs qu'a duré notre séjour dans » ce poste. Or, l'infirmerie est le seul endroit où, *croyons-nous,* » notre second malade a été en contact avec la maladie du som- » meil. »

A remarquer dans cette citation que le Dr Couvy insiste qu'il n'a pas vu de glossines dans le poste même, alors qu'elle aurait pu exister aux environs. Il n'est pas bien sûr non plus que ce soit là le seul endroit où le nouveau malade eut été en contact avec un trypanosé. En outre, et ceci est de nature à infirmer gravement la présomption de contamination par d'autres succeurs de sang que la glossine, dix-sept pages plus haut dans le rapport même il est écrit :

« De nombreuses variétés de glossines, la plus fréquente nous » a paru être la tactrinois de Westwood. Quelques-unes ont pu » être capturées à Fort Lamy même. » Cet extrait est cité d'après le rapport du Dr Ruelle, chef de service de santé du territoire militaire du Chad. De plus, d'autres cas de trypanose sont cités page 220 dans ce rapport comme existant chez les indigènes sur le Chari.

Au sujet des infections par d'autres animaux succeurs de sang que des glossines, infections dites contagions par case, le rapport relate (pages 77 et 78) quelques exemples qui sont loin d'être probants, la glossine existait partout dans la région à quelques centaines de mètres de distance. Les exemples cités n'excluent nullement l'intervention de la glossina palpalis. En effet, ordinairement, si pas toujours, les membres d'une même famille s'associent aux mêmes travaux : récoltes, pêche, voyages. Si l'homme court le risque d'être piqué par les glossines, les femmes et enfants y seront tout aussi bien exposés.

Il n'est donc pas tout à fait exact de dire (p. 146) : « On ne » comprendrait pas pourquoi les femmes et les enfants qui *s'éloi-* » *gnent peu de leurs cases* soient atteints dans une proportion au

» moins aussi grande que les hommes qui passent leurs journées
» dans les forêts ou aux bords des rivières. »

L'auteur, le Dr Kérandel, ajoute : « La tsé-tsé n'existe guère que pendant l'hivernage, tandis que la maladie éclôt en toute saison. » Pour une affection à symptômes initiaux, si peu nets et à incubation souvent prolongée, cette dernière remarque n'a aucune importance.

Le Dr Kérandel cite son exemple et celui d'un autre Européen ayant habité avec lui, comme ayant pu être contaminés par un autre insecte piqueur (phlebotomus et mausonia) les glossina palpalis étant relativement rares là où il résidait.

Il n'y a certes pas à nier que la fréquence des infections n'est pas toujours en raison directe du nombre de tsé-tsés. Le genre de vie des indigènes, la contamination des mouches par les caravanes de passage (signalés à deux reprises) sont des facteurs très importants dans la transmission. *Une mouche* contaminée peut contaminer un très grand nombre de personnes. Le nombre des mouches n'est pas nécessairement en rapport avec le nombre de cas de trypanose humaine.

3. *Expériences de transmission faites au laboratoire*

Fulleborn et Martin ont réussi à transmettre des trypanosomes d'animal infecté à animal indemne par des stegomya élevés au laboratoire même. Ils ont reconnu que la transmission ne réussit qu'à condition que les deux piqûres se succèdent immédiatement, l'insecte s'étant à demi gorgé de sang sur le premie ranimal.

La mission française a réussi une fois sur quatre à infecter des animaux par l'intermédiaire des stomoxes Minchin une fois sur quatre (quatre fois sur cinq avec les glossines). La transmission par moustique (mausonia) a réussi une fois sur trois et avec difficulté.

Il y a donc lieu d'admettre que, expérimentalement, ces contaminations peuvent se produire. La réussite s'obtiendrait aussi si on ferait une ou plusieurs piqûres avec un instrument piquant alternativement à un animal infecté de trypanose et à un animal sain. Mais je ne crois pas que, en pratique, les faits se passent ainsi.

4. *Transmission par les glossines autres que la Palpalis*

Quel est le rôle des autres glossines? Je ne parlerai spécialement que de la glossina morsitans, qui abonde dans tout le Congo et

notamment dans le Sud du Katanga. L'habitation de la morsitans n'est pas du tout limitée aux bords des ruisseaux et rivières, on la rencontre sur les plateaux, dans la savane, dans la forêt.

D'après les rapports très intéressants du Dr Pearson, chef du service médical de l'Union Minière, il semble évident que la morsitans ne doit guère intervenir dans la transmission du trypanosome gambiense.

La conclusion qu'il tire de ses observations est que la trypanose atteint dans les régions où existent la palpalis et morsitans, hommes, femmes et enfants dans des proportions sensiblement identiques. Dans les régions où n'existe que la morsitans, les hommes voyageant pour leur commerce, pour leur travail et pour le portage, sont souvent atteints dans des proportions énormes, alors que les cas chez les femmes et les enfants sont très rares. Les femmes sont encore atteintes mais dans une proportion infime, comme à Bukoba (expérience Koch) et celles qui sont atteintes l'ont été probablement au cours d'un voyage fait avec leur mari en région infectée de glossina palpalis.

La question de la possibilité de transmission par les glossina fusca, tachinoïdes, est à l'étude.

Les 3 cas de trypanosomiase signalés tout récemment par le Dr Schilling, chez une famille de missionnaires, semblent en dernière analyse bien dus à l'intervention de glossines et probablement de palpalis.

J'ai insisté peut-être un peu longuement sur le rôle des vecteurs ou plutôt des transmetteurs de trypanoses autre que les glossina palpalis. Mais la question a une importance réellement très grande.

Si les relations sexuelles peuvent, comme pour la dourine, servir d'intermédiaire de transmission, notre rôle à nous, médecins cliniciens, est de les défendre défendre formellement à nos malades. Il y aurait là un danger très grave.

Si les amophiles et autres insectes succeurs de sang existant en Europe sont capables de transmettre la maladie, nous devrions prendre vis-à-vis de nos malades des précautions extraordinairement sévères. Leur isolement complet s'imposerait parfois ou au moins ils devraient suivre toujours un traitement prophylactique débarrassant leur sang des trypanosomes.

Si les morsitans étaient capables de transmettre l'affection, les mesures de prophylaxie à prendre devraient être modifiées profondément, et il est probable que des régions énormes seraient, malgré tous les efforts, envahies bientôt par le terrible fléau.

La coutume indigène de l'échange du sang (abandonné presque partout aujourd'hui) pourrait, dans certains cas, servir de mode de transmission mécanique.

5. *Transmission par la Glossina Palpalis*

Comme conclusion, s'il est possible de prévoir une contamination, par coït ou par piqûre d'animaux succeurs autres que la glossina palpalis, ces modes de transmissions ne doivent être considérés que comme de rarissimes exceptions.

Dans le problème que les nations colonisatrices ont à résoudre actuellement en Afrique, ces facteurs peuvent être franchement négligés. La glossina palpalis seule est en fait le propagateur du fléau, et si on pouvait arriver à supprimer ce chaînon, à écarter son action, le problème serait résolu comme il l'a été pour la fièvre jaune en Amérique quand on a pu supprimer le facteur stegomya.

Il est à craindre que la maladie a passé ou passera par toutes les régions où existe la glossina palpalis, à moins que par des mesures prophylactiques on ne mette les populations à l'abri de cet insecte.

La glossina palpalis est une mouche exclusivement africaine.

Aire de dispersion. Comme le renseigne la carte du Bulletin du Sleeping Sicknees Bureau parue en janvier 1910, la glossina palpalis se montre le long de la côte ouest africaine, jusque vers le 16° N. (gîte signalé au Sénégal par Thiroux). Elle suit toute la côte, sauf à certains endroits où elle n'a pas encore été renseignée (Liberia, Guinée espagnole, Fernando Po, San Thomé) et se retrouve jusqu'au Benguela au 13° L. S.

A l'Est elle s'étend jusqu'au 36° L. Est et environ au 6° L. N. (lac Rodolphe). On la retrouve encore à l'Est du lac Victoria à 35° L. E., plus vers le Sud elle atteint presque le 32° Long. Est (Tanganyka) ; enfin plus bas on la trouve sur le Luapala par 29° Long. Est et environ 12° Latid. Sud, point extrême. Entre ce point extrême Sud-Est et la bande côtière de Benguela il y a une immense région où la mouche n'a pas été déterminée jusqu'à présent.

Dans le quadrilatère ainsi limité, la mouche se retrouve le long de toutes les rivières, sauf là où l'altitude dépasse 1200 mètres. Cette altitude est souvent atteinte aux sources du fleuve et de ses principaux affluents.

Le Congo dévale en rapides et chutes, des escarpements qui limitent au N.-Est à l'Est et au Sud la cuve centrale. Celle-ci est en

grande partie unie et ne présente que quelques montagnes peu importantes. Les cours d'eaux qui sillonnent cette dépression centrale, s'étendent du Manyema jusqu'au Stanley-Pool, ont un cours lent, à berges méandreuses et mal définies. Les diverses rivières forment souvent d'immenses deltas à leur confluent avec le fleuve. Ainsi, par exemple, l'Ubanghi, la N'Giri, le Congo, la Mongala mélangent leurs eaux et ne forment qu'un seul immense bassin à certaines saisons. Il suffit de regarder une carte orographique de ces régions pour se convaincre que ce qui existe pour l'Ubanghi, le N'Giri, le Congo, la Mongalla, existe à bien d'autres endroits. Il serait presque partout impossible de se mettre à deux kilomètres d'un cours d'eau qui ne soit infecté de palpalis.

En sortant de cette cuve centrale, le Congo s'engouffre à travers les monts de cristal pour s'épancher à la mer, mais partout ses rives et celles de ces affluents sont infectées de palpalis.

La situation de l'île Principe avec mouches et maladie du sommeil est caractéristique, alors que San Thomé, tout proche, est indemne de glossina palpalis et aussi de trypanose humaine.

En résumé, la distribution de la mouche (glossina palpalis) et celle de la trypanosomiase humaine sont superposables. Il n'y a pas *d'épidémie* quelconque renseignée en dehors de régions sans glossina palpalis.

Les quelques cas *isolés* observés en dehors des régions infectées de tsé-tsé et généralement à proximité de leur limite de dispersion peuvent être considérés comme des cas exceptionnels et provenant en fait des régions à mouches.

Habitat. — La glossina palpalis se tient ordinairement à 50 mètres du bord des eaux courantes, rivières ou fleuves, dans des endroits ombreux, c'est ce que l'appellerai « l'aire de résidence ».

L'ombre nécessaire peut être produite par n'importe quelle plante ou même par d'autres moyens; ainsi les hautes herbes enchevêtrées, la broussaille ou sous bois, les arbres touffus et serrés les uns contre les autres, même les roches surplombantes et les roseaux (Tanganyka) peuvent créer des conditions favorables. Ce n'est donc pas à l'existence de tel ou tel arbuste déterminé qu'est liée la présence de la mouche, l'ambach, par exemple, lui est très favorable, mais on la trouve parfaitement là où l'ambach n'existe pas. On avait conseillé la culture de la citronelle (en remplacement du cynodon dactylon ou chiendent) pour empêcher sa pullulation, mais dès que la citronelle, par sa taille et son enchevêtrement a produit

use ombre assez forte, la mouche a reparu (Katanga). On a aussi conseillé la culture de la pomme de terre douce et de l'arachide.

Les marécages, les papyrus lui sont défavorables.

La mouche tsé-tsé a un vol puissant qui lui permet de se déplacer à plusieurs kilomètres, elle peut suivre une caravane, un canot, à de grandes distances. On la retrouvera occasionnellement dans des villages très éloignés des rives, elle suivra les bateaux, c'est ce que j'appelle *l'aire de suite*. Cette particularité pourrait expliquer comment en certains endroits éloignés des rives on peut trouver des cas de trypanose alors qu'on y chercherait vainement des mouches en temps ordinaire, elle expliquerait les cas dits « contagion par cases ».

Enfin il a été prouvé tout récemment (Uganda) que la mouche peut être transportée à des centaines de kilomètres par le chemin de fer. La question a une importance qui n'échappe à personne quand il s'agit de régions frontières de la dispersion de la mouche. Cette limite est souvent dépendante d'altitudes élevées s'étendant sur des distances de plusieurs journées de marche. Au delà de ces régions défavorables à la multiplication de la tsé-tsé il peut y avoir des pays où elle pourrait s'acclimater. Avec les moyens de transport ordinaire, hommes ou chevaux, la mouche suivra pendant quelques heures, pendant une étape au plus une caravane, mais ne pénétrera pas plus loin. Les conditions seraient toutes autres si des moyens de transport rapide leur permettraient de franchir ces zones de défense.

On a encore insisté sur le danger de transport des pupes. Celles-ci ont une durée de résistance très grande. Des pupes récoltées en Afrique ont pu être transportées en Europe et y ont éclos normalement.

Les conditions favorables à l'habitat des tsé-tsé palpalis ont été décrites avec beaucoup de précision par le Dr Roubeaud dans le rapport sur la maladie du sommeil au Congo. Je lui fais dans cet exposé de nombreux emprunts.

Comme le signale cet auteur, les observateurs sont d'avis souvent bien différents. Les uns la trouvent dans les palétuviers, d'autres jamais, ou bien en pays boisé, parfois dans les grandes herbes, souvent même dans le voisinage des trous d'eau creusés artificiellement par les indigènes, donc bien loin d'eaux courantes. Ces divergences prouvent que la mouche peut s'adapter à des conditions d'existence qui lui sont relativement défavorables.

Je cite le Dr Routeaud, et ce qu'il dit du Congo français s'applique au Congo belge.

« Au Congo nous n'avons jamais rencontré la mouche qu'au bord immédiat des cours d'eau dont les rives sont couvertes d'une épaisse végétation forestière. Nous ne l'avons trouvé que d'une façon exceptionnelle et toujours très rare au voisinage des mares sans écoulement, lorsque ces eaux stagnantes n'étaient pas en rapport immédiat avec un ruisseau d'eau courante; dans les forêts claires, les petits bois peu touffus où la sécheresse commence à se faire sentir, nous ne l'avons jamais observée.

» Nous n'hésitons pas à dire qu'au Congo, dans la région équatoriale, la glossina palpalis présente une zone d'habitat remarquablement constante et nettement définie. Il lui faut l'ombre épaisse des galeries forestières, au voisinage immédiat des cours d'eaux. Dans ces conditions, deux facteurs s'imposent manifestement comme les déterminants directs de cette localisation :

» 1° Une température élevée et constante, la mouche étant à l'abri de l'action directe des rayons solaires et des variations myethémérales de l'air extérieur;

» 2° Un degré hygrométrique constamment voisin du point de saturation en raison du voisinage immédiat de l'eau et de la vaporisation intense produite par le développement d'une végétation puissante. »

Les gîtes à palpalis peuvent être *temporaires* et *permanents*. Ceux-ci existent le long des grands cours d'eaux où la mouche trouve en toute saison et les conditions d'ombre favorables et les êtres vivants indispensables à sa nutrition.

Il y a aussi des gîtes temporaires, sur les rivières de moindre importance, la mouche se localisera souvent dans un bosquet près d'un ruisselet, source ou autre eau courante, et y trouvera son alimentation assurée par les hommes qui y passent ou y viennent chercher de l'eau. L'exemple de Brazzaville est typique à cet égard.

La glossina palpalis est pupipare. Pour que ses larves arrivent à maturité, elles doivent être déposées en un sol humide et à température relativement fraîche; les bords ombreux des cours d'eaux et lacs lui sont indispensables. Dès que par débroussement on permet au soleil de darder ses rayons jusqu'à terre, celle-ci s'échauffe rapidement à 35° C et au delà, tuant toutes les chrysalides enfouies dans le sol ou dans les flancs de certains arbres rugueux (palmiers). 28° est donc l'optimum thermique pour la multiplication de la glossina palpalis.

Mode de transmission de la trypanosomiase par la glossina pal-

palis. — Jusque il y a quelques mois, il était admis que cette transmission s'opérait mécaniquement, la transmission n'était possible, croyait-on, que par les mouches qui auraient piqué une personne atteinte endéans les quarante-huit heures.

On avait été même jusqu'à admettre que si on pouvait écarter (chose impossible à réaliser d'ailleurs) d'une région atteinte de maladie du sommeil tous les êtres (hommes et animaux) porteurs du germe et les transporter en des endroits écartés, il n'y aurait plus eu, après une quinzaine de jours, de contamination possible pour les nouveaux arrivés, indemnes de trypanose bien entendu, venant s'installer dans cette région primitivement infectée.

Pourtant on n'avait que très rarement réussi à transmettre la trypanose humaine d'animal contaminé à animal sain par la piqûre des tsé-tsé, en prenant comme intermédiaire des mouches neuves. Il fallait user d'artifices pour pouvoir réussir.

Dans cette théorie de la transmission mécanique il n'était nullement question d'une évolution quelconque du germe de la tsé-tsé palpalis, évolution ayant quelque analogie avec celle du germe de la malaria dans le corps des anophelines. On s'expliquait assez difficilement que le rôle de la tsé-tsé put être aussi important, si ce rôle ne se bornait qu'à un transfert mécanique.

Récemment le voile a été soulevé et plusieurs auteurs ont fait notamment des découvertes de la plus haute importance. Le prof. Koch et de nombreux savants avaient poursuivi les modifications subies par les trypanosomes dans les voies digestives des glossines.

Le Dr Routeaud a décrit avec beaucoup de précision les modifications subies par les trypanosomes dans la trompe des glossines. Leurs mouvements cessent, ils ont une tendance à se fixer et s'agglomérer en rosaces, et à se diviser par division longitudinale. En moins d'une heure, d'après cet observateur, les parasites ont subi leur transformation et se multiplient par division. Quatre heures après le repas infectant la cavité de la trompe peut être obstruée par de véritables amas de parasites en rosaces fixés en nombre considérable au même point. Ces modifications semblent être produites par l'action du liquide salivaire. Les parasites seraient détruits dans les voies intestinales.

Plus récemment, le prof. Dr Kleine (*Deutsche Medicinische Wochenschrift*) a rendu compte de ses expériences très intéressantes concernant l'évolution du trypanosome de la glossine et la durée de pouvoir d'infection des glossines qui ont succé du sang contenant des trypanosomes.

Il a poursuivi le développement du trypanosome gambieuse dans les voies intestinales. Certains trypanosomes d'entre eux deviennent larges, riches en cytoplasme; il y a deux, trois ou plus de noyaux; le blépharoplaste, situé toujours en arrière du noyau, en est très rapproché, ce seraient les formes femelles. A côté de cela il se présente des formes plus étroites, pauvres en chromatine, à noyau foncé, qui, pour l'auteur, seraient les formes mâles.

Pour Kleine, les premiers jours qui suivent la piqûre de l'animal infecté, la mouche n'est pas infectante, elle le deviendra à partir du dix-septième au septantième jour. Sur 100 mouches nourries sur un animal trypanosé deux (ou peut-être cinq) à peine présenteraient ce phénomène et deviendraient infectantes.

Le colonel Bruce et consorts (*Procedings Royal Society*, 1909) estiment aussi que la mouche peut devenir infectante dix-huit jours après le repas et le reste jusque vers le soixante-quinzième jour. Pendant cette période, les trypanosomes pullulent dans la mouche, après cette période ils ont disparu. De plusieurs mouches (60, par exemple) mises sur un animal infecté, il y en a eu une qui est devenue infectante et qui a transmis la trypanose à *tous* les animaux qu'elle a piqués.

Il y aurait donc une évolution bien caractérisée du trypanosome chez la glossina palpalis, nous expliquant l'importance de son rôle d'intermédiaire analogue à celui de l'anopheles dans la malaria.

II. **Etude clinique de la maladie**

Les divers auteurs qui ont observé la maladie du sommeil l'ont divisée cliniquement en trois périodes, dont la distinction est souvent difficile à établir. Ces trois périodes sont précédées de la période d'incubation et d'invasion.

A. Incubation

L'incubation commence au moment de la piqûre infectante. Cette piqûre peut provoquer des lésions locales nettement accentuées : rougeurs, pustules inflammatoires, lymphangite, œdème. Mais, en règle générale, la plupart des malades ne renseignent rien de précis. Très ordinairement ils ont eu de nombreuses piqûres de glossines ou d'autres mouches et rien ne leur permet de se rappeler quand et où a eu lieu l'infection.

L'incubation peut avoir une durée variable.

M. le Dr Broden, directeur du laboratoire de Léopoldville, a signalé un cas très instructif. Il s'agit d'un Européen arrivé au Congo pour la première fois le 22 juin 1907. Le diagnostic positif fut établi le 19 juillet 1907. Ce praticien conclut de l'examen de ce cas que la période d'incubation a été certainement inférieure à vingt-trois jours et peut être fixée à une dizaine de jours. Chez les animaux en expérience, Bruce a trouvé huit jours.

B. Première période

L'invasion, accompagnée généralement de fièvres, peut être considérée comme faisant déjà partie de la première période.

Un des symptômes principaux de cette période est la fièvre, irrégulière, variant de 38° à 40° et plus, alternant avec des périodes afébriles de durée variable.

Le malade se plaint ordinairement de faiblesse généralisée, parfois de sensibilité exagérée à la douleur (signe de la clef et signe de Kérandel), de la paresse intellectuelle. Parfois il peut présenter déjà à cette période des excitations cérébrales passagères, du délire dont l'existence au point de vue médico-légal est intéressante à connaître.

L'insomnie est fréquemment remarquée à cette époque.

Les douleurs de tête, fugaces, sont ordinairement peu accentuées, d'autres fois très pénibles.

Du côté de la peau, on observe fréquemment des taches, de nombreuses plaques érythémateuses arrondies localisées au tronc ou aux membres, souvent elles sont prises pour de la bourboulle.

Beaucoup de malades se plaignent d'un prurit intense sans lésion cutanée. Nous avons eu l'occasion de l'observer chez plusieurs malades, chez un d'eux notamment, c'était le phénomène qui nous l'avait amené.

Le cœur chez quelques malades a des battements plus fréquents en dehors de toute cause apparente, sans fièvre, sans émotion ; la fréquence dépasse 100.

Très souvent il y a de l'anémie. L'impuissance chez l'homme est la règle, mais non absolue.

Comme phénomènes quelquefois observés à cette période, notons les œdèmes, les troubles occulaires, les troubles gastro-intestinaux, des congestions hépatiques ou spléniques.

Enfin il est un autre symptôme dont l'existence au point de vue du diagnostic précoce ou mieux au point de vue de la recherche des

cas suspects, est des plus importantes. C'est l'existence de ganglions lymphatiques engorgés.

Disons de suite que les ganglions lymphatiques engorgés existent dans beaucoup d'affections qui n'ont rien de commun avec la maladie du sommeil, que l'existence des ganglions n'est pas constante, même à la première période, qu'ils n'apparaissent qu'alors que depuis longtemps le germe existe dans le sang. Et malgré ces restrictions, l'engorgement des ganglions lymphatiques, surtout de ceux de la région cervicale postérieure, constitue un des phénomènes des plus utiles pour dépister la trypanose.

Tous les ganglions peuvent être engorgés. On a fait des classifications quant à leur volume. Il a aussi été écrit qu'ils sont reconnaissables à leur forme, à leur consistance, à leur nombre.

Je crois qu'au point de vue pratique dans une région à maladie du sommeil ou chez un individu qui a séjourné dans ces régions, l'existence de ganglions lymphatiques doit toujours être considérée comme un symptôme suspect, que toujours nous devons faire la ponction, répétée au besoin, de ces ganglions, soit des ganglions cervicaux, soit de ceux d'un autre groupe, et éventuellement on fera l'analyse du sang.

Nous traiterons cette question plus spécialement à propos du diagnostic de la trypanosomiase. Un fait est certain, c'est que dans cette période il y aura toujours à un certain moment donné engorgement ganglionnaire plus ou moins accentué, éphémère peut-être, mais arrivant tôt ou tard.

C. Deuxième période

Le passage à la deuxième période consiste généralement dans l'accentuation des phénomènes précédents. Les malades se plaignent de céphalalgie plus intense : la faiblesse augmente, l'amaigrissement se prononce, les accès de fièvre sontplus fréquents, plus tenaces. L'engorgement ganglionnaire persiste ou peut disparaître.

Outre ces phénomènes apparaissent des symptômes plus graves d'origine cérébrale ou médullaire, tremblement fibrillaire de la langue, tremblement de certains groupes musculaires, changement de caractère, anémie et, pardessus l'apathie, la somnolence.

La somnolence qui a donné le nom à la maladie, est le symptôme de règle, mais ce symptôme n'existe pas toujours, il y a des malades qui souffrent même d'insomnie.

A cette période correspond l'entreprise des centres nerveux.

Les symptômes observés sont extraordinairement variables, on peut distinguer des formes à lésions principalement cérébrales, d'autres à lésions principalement médullaires. Souvent à cette période il y a paralysie des sphincters.

Les accès de folie sont fréquents, les manifestations sont les plus diverses : tentatives d'homicide, de suicide, etc.

La durée de cette deuxième période varie de quelques semaines à plusieurs mois. Une méningite, une pneumonie, une dysenterie ou une autre maladie intercurrente emportent souvent le malade.

D. Troisième période

C'est la période de déchéance définitive, généralement la somnolence est continue, le malade ne sort plus de sa torpeur. Il ne mange ni ne boit que quand on le lui offre ou l'y force. Les phénomènes nerveux graves augmentent en intensité, folie, convulsions épileptiformes ou jacksonnienne, il y a du tremblement musculaire généralisé ; la marche, la parole sont devenues impossibles, l'amaigrissement devient extrême, il y a de l'hypothermie et la mort survient dans le collapsus.

III. **Diagnostic**

A la deuxième et à la troisième période le diagnostic clinique de la maladie du sommeil est généralement facile. La somnolence, la léthargie en sont les caractères distinctifs. Pour les cas douteux ce diagnostic ne pourra être fait qu'en recherchant le trypanosome.

Les symptômes de la première période ont un caractère beaucoup moins net. Des fièvres irrégulières, ne guérissant pas par la quinine, de l'affaiblissement plus ou moins accentué, des érythèmes sur le tronc, du prurit intense sans lésion cutanée, de la fréquence du pouls, et enfin de l'engorgement ganglionnaire, sont des symptômes suspects chez une personne qui habite ou a habité des régions à trypanose. Sauf l'engorgement ganglionnaire, ces phénomènes qu'on pourra déceler chez un Européen, échapperont toujours chez l'indigène et leur existence d'ailleurs ne constitue qu'une suspicion. Aussi le seul moyen de diagnostiquer la maladie à cette période est basé sur la recherche du trypanosome.

On peut rechercher le germe dans le sang, le suc des ganglions lymphatiques et le liquide cérébro-spinal.

A. Examen du sang

Dans le sang on peut faire l'examen à frais ou l'examen après coloration de plaques de sang prises au doigt ou au lobule de l'oreille. On examine à un grossissement de 500 à 600 diam. On pourra d'abord voir si oui ou non il y a *auto-agglutination*, phénomène habituel de la trypanose et ensuite on recherchera la présence des germes pathogènes. Dans les préparations à frais les trypanosomes se reconnaissent très aisément à leurs mouvements de contorsion plus ou moins vifs; ils chassent par les mouvements de leur flagelle les globules rouges qui se trouvent à leur proximité.

Sur les étalements colorés par le Giemsa ou le Romanowski on reconnaît très aisément les trypanosomes : le flagelle est coloré en rose plus ou moins foncé, le noyau et le centrosome en violet foncé.

La recherche directe du germe dans le sang est très rarement suivie d'un résultat positif. Si on constate l'auto-agglutination, la trypanose est probable, et il faut, par les autres méthodes, s'assurer si oui ou non la personne est infectée.

On peut aussi suivre la méthode de Ross qui consiste à mettre une ou deux gouttes de sang, séparées et non étalées, sur un porte-objet ou les laisser sécher, puis on les fixe et les décolore par l'eau contenant de l'acide acétique 1/100 et du formol. Les globules rouges ainsi supprimés on colore au Giemsa ou au Romanowski.

La méthode clinique la plus sûre, mais un peu longue, c'est la recherche dans le sang centrifugé deux ou trois fois. Cette méthode a été très clairement expliquée dans le Rapport de la mission française. Elle comporte trois centrifugations successives.

La première centrifugation de 7 à 8 minutes environ élimine presque tous les globules rouges; la deuxième centrifugation, d'une durée de 10 minutes, fait se précipiter les globules blancs et la plus grande partie des filaires ;dans le culot de la troisième centrifugation, qui dure 20 minutes, on recherche la présence des trypanosomes.

On peut aussi prendre une certaine quantité de sang, en séparer par centrifugation, les globules rouges, et injecter à un animal réceptif le culot de la deuxième centrifugation délayé dans du sérum artificiel.

Le procédé qui donne le plus beau résultat est celui qui centrifuge trois fois le sang. Le seul inconvénient, c'est la longue durée de la recherche. C'est le système de choix pour les rechutes (celles-ci

commencent généralement par le sang. Broden) et pour les individus suspects ne présentant pas des ganglions ponctionnables.

B. Examen du suc ganglionnaire

La recherche des trypanosomes dans le suc ganglionnaire constitue, d'autre part, le système le plus simple, le plus pratique. Quand le système ganglionnaire lymphatique est engorgé, on pratique le plus facilement les ponctions dans les ganglions situés dans la région cervicale postérieure, de l'occiput à l'angle supéro-externe de l'omoplate. Leur volume peut être variable, les plus volumineux ne sont pas les plus favorables. Leur consistance est molle, légèrement rénistente.

On commence par bien fixer la glande à ponctionner entre le pouce et l'index, puis on la pique avec une aiguille de seringue de Pravaz; quand on est sûr d'être dans le ganglion on traverse celui-ci dans trois ou quatre directions différentes avec l'aiguille, qu'on se garde bien de sortir de la peau, et on malaxe légèrement, de manière à faciliter la montée du suc ganglionnaire dans l'aiguille. On retire l'aiguille et d'un coup de piston on en chasse le contenu sur un porte-objet. Ce procédé a été décrit en premier lieu par le Dr Broden. Si on a des aides Européens et si on veut faire plusieurs préparations, on aspire avec une seringue de Pravaz et on obtient généralement une quantité un peu plus grande de liquide à examiner. Comme précautions essentielles il faut faire l'expulsion avec une seringue bien étanche, à parois internes humidifiées avec un peu de sérum artificiel, et surtout il ne faut retirer la seringue que quand le piston a été abandonné et qu'il n' y a plus d'aspiration. S'il y a aspiration quand on retire l'aiguille l'air chasse tout le liquide dans la seringue et fait manquer l'opération.

On peut avoir des ponctions blanches, sans résultat, dans ce cas on s'adressera à un autre groupe ganglionnaire et obtenir alors un résultat positif.

C. Examen du liquide cérébro-spinal

L'examen du liquide cérébro-spinal a relativement peu d'importance au point de vue *diagnostic* de la maladie du sommeil, mais son importance est très grande au point de vue pronostic.

La récolte se fait avec les précautions ordinaires, le malade étant assis ou couché en décubitus latéral. La ponction peut se faire au milieu ou latéralement.

La quantité de liquide à prendre varie. Il ne faut pas dépasser 5 c. c. En retirant 10 cent. cubes de liquide, les phénomènes subséquents : douleur de tête, nausée, vomissements, etc., sont prolongés et très désagréables. Si on prenait des quantités plus grandes il faudrait remplacer le liquide qui s'est écoulé par du sérum isotonique au liquide cérébro-spinal.

Le liquide extrait est généralement clair, limpide, sauf aux toutes dernières périodes.

Les caractères chimiques ne semblent guère avoir de l'importance.

Le Dr Broden a fait l'étude du liquide cérébro-spinal au point de vue albumine, glucose, choline : l'albumine (globuline et sérine) est toujours présente, 0,25 0/00 environ, la réaction de la glucose est toujours positive, la choline est toujours absente.

L'étude des *éléments cytologiques* présente au contraire un grand intérêt. Tant que par millimètre cube il n'y a pas plus de cinq éléments cellulaires (petits lymphocytes) le liquide cérébro-spinal peut être tenu pour normal.

Dans les stades avancés le nombre des éléments cellulaires augmente; aux lymphocytes se joignent des cellules à vacuoles en forme de poire, et plus tard des myélocytes (acidophiles), des éléments vacuolisés et de cellules endothéliales.

L'amélioration par le traitement subi pourra être suivie d'après les résultats constatés dans le liquide cérébro-spinal.

En outre, le Dr Broden a démontré que chez les individus à liquide cérébro-spinal altéré on ne peut pas sans danger dépasser 50 centigrammes d'atoxyl en doses massives par crainte de complications oculaires graves.

IV. Traitement et pronostic

La maladie du sommeil était réputée maladie incurable jusque il y a quelques années. Les cas qui, après traitement, s'amélioraient et parfois semblaient guérir, étaient peu nombreux, et en présence des insuccès nets et francs de la même médication chez des individus atteints au même degré, on croyait qu'il s'agissait dans ces cas de guérison naturelle.

Depuis quelques années (1905, 1906), de nouvelles médications ont été essayées avec des résultats qui ouvrent les plus larges espoirs. Si la guérison n'est plus à attendre quand les lésions ont atteint le système nerveux central, cette guérison devient au contraire fréquente si le malade subit le traitement à la première période.

Le mode de traitement se rapproche de celui de la syphilis, c'est-à-dire qu'il faudra faire subir une série de cures portant sur quelques années, et c'est la grande cause d'insuccès. Il est déjà souvent difficile d'obtenir de nos syphilitiques le renouvellement d'une cure pour une maladie dont ils ne voient parfois plus de traces. Cette difficulté est bien plus grande encore en Afrique pour des indigènes atteints de trypanose.

Ceux-ci, dans les premiers stades de la trypanose, ne se croient pas malades; on a déjà bien des difficultés à leur faire suivre une cure, surtout quand il s'agit d'indigènes, non au service des Européens. Ce n'est que petit à petit qu'on arrivera à convaincre les indigènes de la nécessité du renouvellement fréquent de la cure, et encore cette action se limitera ordinairement aux villages situés à proximité des postes médicaux.

Le traitement peut être envisagé au point de vue curatif, et aussi au point de vue prophylactique. Dans les règlements coordonnés sur les mesures à prendre contre la maladie du sommeil il était enjoint de faire des injections de médicaments trypanocides (50 ctgr. d'atoxyl) aux individus trouvés atteints de trypanose et devant se rendre aux lazarets pour y subir un traitement. En débarrassant la circulation des trypanosomes on diminue d'autant les chances d'infection des glossina palpalis.

A la question du traitement se rattache celle de l'isolement.

Dans certaines régions à malades peu nombreux et faciles à retrouver, par exemple, dans les îles comme Principe, l'isolement des malades dans un hôpital ou village spécial pourra être employé. Mais au Congo cet isolement est absolument impossible à réaliser, il devra se borner à l'hospitalisation des malades arrivés à la dernière période. Cet isolement est d'ailleurs inutile pour les sujets régulièrement soumis au traitement. Ceux-ci pourront continuer leur travail ordinaire. Leur séjour dans un hôpital ou lazaret ne devra être maintenu que pendant quelques jours, tant qu'ils présentent des trypanosomes dans leur circulation.

Dans l'énumération et l'étude des divers médicaments employés actuellement dans le traitement de la trypanose humaine, je ferai fréquemment des emprunts aux travaux des Drs Broden et Rodhain, du Laboratoire de Léopoldville. Ces auteurs ont fait de sévères et consciencieuses expérimentations et se sont toujours gardés de toute conclusion hâtive trop optimiste.

A. Atoxyl

L'atoxyl, dont les études du prof. Ehrlich ont déterminé la composition et l'action complexes, a été employé en premier lieu au laboratoire de l'Ecole de médecine tropicale de Liverpool, en 1905, dans des cas de trypanose animale.

Au début de 1906, je l'ai employé pour la première fois dans un cas de maladie du sommeil arrivé à la troisième période, avec un résultat immédiat merveilleux, qui ne s'est pas maintenu, le malade ayant eu une rechute en décembre 1906 et est mort avec des convulsions et atteint de cécité complète. J'avais commencé l'administration du médicament par petites doses pour arriver à des doses plus fortes, pour atteindre en moyenne 50 ctgr. pour un adulte. Depuis, il a été prouvé par le Dr Ehrlich que cette méthode de procéder était mauvaise. J'avais probablement créé une race de trypanosomes résistant à l'atoxyl, *atoxyl resistenten*.

Ici il sera peut-être utile d'expliquer le mécanisme probable de l'action de l'atoxyl. L'atoxyl, ou paramidophénylarsenic, en solution à 8 %, n'a aucune action *in vitro* sur la vitalité des trypanosomes.

En broyant de l'atoxyl avec des tissus (foie, moelle osseuse) on obtient une substance qui est extraordinairement trypanocide (Levaditi) et qui, *in vitro*, tue en dilution extrême les trypanosomes (trypanotoxyl).

Il y aurait donc dans certains organes transformation de l'atoxyl en substance extrêmement active.

Pour Ehrlich, il s'agit là d'une réduction, d'une transformation d'arsenic pentavalent en arsenic trivalent. Partant de cette conception, le prof. Ehrlich a produit des dérivés de l'atoxyl : arsacétine, arsénophényl glycine, pour ne citer que les principaux.

Pour Breinl et Nierenstein ce serait plutôt une oxydation et non une réduction de l'atoxyl qui produirait la substance trypanocide.

L'arsacétine, d'après M. le Dr Broden, est équivalent comme activité à l'atoxyl et a sur lui comme avantage son prix inférieur; l'arsacétine est plus toxique que l'atoxyl. L'arsénophényl glycine, encore à l'étude, ne semble pas être beaucoup supérieur à l'atoxyl.

Le but recherché par le Dr Ehrlich, c'est de trouver un produit ayant un maximum d'action thérapeutique et un minimum d'action nocive sur les tissus organiques, capable en outre de détruire en un minimum de temps *tous* les germes contenus dans le corps. Cette destruction complète et rapide est surtout nécessaire pour éviter, ce

dont j'ai déjà parlé plus haut, la production des races de trypanosomes résistants à l'atoxyl.

Je ne suivrai pas le Dr Ehrlich dans ses théories sur la production de ce genre de parasites, je me bornerai à constater les résultats de ses expériences à une souris, infectée de trypanosomes on injecte des doses croissantes de produit trypanocide (atoxyl, trypanroth, etc.), on constate qu'au bout d'un certain temps les trypanosomes résistent aux injections même maximales d'atoxyl ou de trypanroth.

Chez toutes les souris infectées de cette race de germes la résistance à l'atoxyl se maintient dans les divers passages. Change-t-on le porteur, passe-t-on le germe de la souris au rat, par exemple, alors cette qualité tout à fait spéciale disparaît et les trypanosomes résistant à l'atoxyl chez la souris, sont influencés par le produit jusqu'à un certain point chez le nouvel animal et disparaissenî par le traitement. Pour obtenir une race de trypanosomes réfractaire à l'atoxyl, chez le rat, il faut petit à petit augmenter les doses du médicament comme pour la souris.

L'auteur explique ces faits en disant que chaque espèce possède une capacité donnée de transformation de l'atoxyl inactif par lui-même en produit de réduction (le trypanotoxyl) à activité trypanocide accentuée. Pour rendre cette même race de trypanosomes « atoxyl resistent » chez le rat, il faut suivre le même procédé que pour la souris.

Ces faits nous expliquent clairement les rechutes successives observées dans les trypanoses.

Autant que possible, et sans nuire bien entendu à l'organisme, il faut donc tâcher de donner directement les doses maximales détruisant dans le plus court espace de temps tous les trypanosomes.

Je disais sans nuire à l'organisme. Il y a lieu de signaler les inconvénients de l'atoxyl.

L'atoxyl peut produire une intoxication aiguë, se traduisant ordinairement par une constriction épigastrique extrêmement douloureuse et angoissante, avec ralentissement du pouls, refroidissement des extrémités qui deviennent bleues, parfois vomissements et diarrhée sanguinolente. Une injection de morphine de un centigr. répétée deux, trois fois a généralement raison de ces phénomènes très menaçants. Certains malades les présentent avec 60 ctgr. d'atoxyl, chez d'autres j'ai pu impunément aller à 1 gr. 50 sans les produire. Chez un de mes malades traités en 1906 et encore vivant actuellement, chaque fois que j'injectais 60 ctgr. d'atoxyl les phénomènes d'intoxication aiguë se produisaient. En appliquant la théorie du

—

prof. Ehrlich je dirai que chez lui la transformation de l'atoxyl, la réduction en trypanotoxyl était beaucoup plus grande que chez un homme ordinaire.

Un autre phénomène toxique de l'atoxyl beaucoup plus grave, c'est l'atrophie du nerf optique. Après un temps variable, il se déclare des troubles du côté des yeux. Le malade voit difficilement dans l'obscurité, il voit bleu, rouge, plus tard il a difficile de se diriger, et finalement il est complètement aveugle.

La cécité atoxylique a été décrite par Max Beek, Van Gehuchten et Tits, Paderstein, etc. Elle se caractérise par une diminution progressive du champ visuel et par la diminution du volume des artères rétiniennes. Pour Beek, la cause de la cécité est d'origine centrale, pour Paderstein elle est d'origine rétinienne.

Ces phénomènes de cécité n'apparaissent généralement pas avec des doses ne dépassant pas 50 ctgr. pour un adulte. Le Dr Broden a signalé ce fait très important que les malades dont le liquide cérébro-spinal contient de nombreux globules blancs sont particulièrement sensibles à l'atoxyl et deviennent rapidement aveugles.

La lésion oculaire est généralement incurable.

Dans le seul cas où j'ai constaté la cécité atoxylique, elle s'est déclarée alors que le traitement avait été suspendu depuis plusieurs mois.

Gray a aussi signalé la surdité dans cinq cas.

L'arsacétine a le même inconvénient que l'atoxyl.

Application du traitement atoxylique. — L'atoxyl, associé ou non à d'autres produits médicamenteux, se donne en injections à la dose de 50 ctgr., deux fois par semaine. La cure est continuée pendant trois mois, et reprise trois mois après même sans rechute apparente. Je conseille même une troisième et une quatrième cure l'année suivante. Dans des cas exceptionnels on peut administrer des doses plus fortes; pour ma part, j'y ai complètement renoncé par crainte des lésions optiques.

La disparition des trypanosomes circulants est complète dans les six à douze heures qui suivent l'injection. Cette disparition s'accompagne souvent de fièvre due probablement à la trypanolyse. La solution employée ordinairement est à 10 %. Les solutions ne supportent pas l'ébulition et ne se conservent que quelques jours. On les fera avec de l'eau stérile.

On peut faire ces injections dans les flancs, les bras, les cuisses;

je préfère comme étant plus faciles et nullement douloureuses les injections intramusculaires dans la région fessière.

L'administration de l'atoxyl *par la bouche* n'a pas donné de résultats favorables. Il faut donner la préférence aux injections.

L'arsacétine dérivé acétylé de l'atoxyl, peut s'employer en lieu et place de l'atoxyl dont il a, d'après le Dr Broden, l'activité. D'après ce savant, il ne faut pas dépasser 50 ctgr. Les phénomènes toxiques se déclarent plus vite avec ce dérivé qu'avec l'atoxyl.

B. Arsenophenyl glycine

Le produit est encore à l'étude. Les magnifiques résultats obtenus sur des animaux d'expérience ne semblent pas devoir se confirmer au point de vue clinique. Schilling, Eckard, Tendron l'ont étudié et ont obtenu des résultats divers; d'autres chercheurs ne se sont pas prononcés jusqu'à ce jour.

Comme avec l'atoxyl et l'arsacétine, on peut obtenir des races de trypanosomes résistantes à la drogue.

C. Acide arsénieux

a) *Solution de Lœfler-Ruhs* à 1 % ou à 1 0/00. Le Dr Broden qui a expérimenté ce produit, conclut : « La solution de L.-R. employée en injections hypodermiques et à dose convenable, 10 ctgr. de produit actif au minimum (une injection tous les quatre ou huit jours, cinq ou six injections), exerce une action énergique sur les trypanosomes de la circulation périphérique. Malheureusement ces injections sont douloureuses et ne sont guère tolérées par le malade. »

b) *Liqueur de Fowler* par la bouche action incertaine et inférieure à la précédente.

Récemment on a conseillé de faire des injections de liqueur de Fowler à dose massive de 1 et même 2 gr.

D. La soamine

La soamine a été très vantée par le Dr Van Someren qui la trouve supérieure à l'atoxyl dont elle n'a pas les inconvénients.

E. Sels d'antimoine

Divers sels d'antimoine ont été préconisés : l'émétique de po-

tasse, l'émétique de soude, le sel de schlippe, le kermès minéral, l'émétique d'aniline.

a) *Emétique de potasse.* — Le mode d'administration conseillé par le Dr Broden est l'injection endoveineuse, par doses de 10 ctgr. en solutions de 1 %, répétées deux fois par semaine.

La disparition des trypanosomes a lieu endéans quelques minutes.

Comme la rechute avec l'émétique seule était régulière, les Drs Broden et Rhodain emploient les injections endoveineuses d'émétique combinées avec les injections d'atoxyl; et ils attribuent à cette combinaison une efficacité plus grande qu'à l'émétique ou l'atoxyl administrés isolément.

L'émétique présente quelques dangers et inconvénients. On a signalé des oppressions, des accès de toux, des tendances syncopales et même un cas de mort subite. On avait proposé pour éviter ces inconvénients d'asthénie cardiaque, de faire une injection préalable de 20 ctgr. de caféine. Mais cette injection réduit le calibre des veines, et les rend plus difficiles à voir.

Les injections, en effet, doivent être endo-veineuses, et si par malheur une goutte de la solution pénètre dans les tissus voisins on court le risque de gonflements douloureux et d'abcès parfois très tenaces et très étendus. Cette petite opération d'injection endoveineuse est très anodine pour un médecin de laboratoire, bien entraîné, ayant du temps et beaucoup d'expérience. Mais pour le médecin praticien il y a là une véritable difficulté. J'ai vu à diverses reprises des résultats très peu esthétiques produits par ces injections faites pourtant par des médecins qui en avaient l'habitude.

b) Le Dr Leeman et d'autres ont proposé de remplacer l'émétique de potasse par l'émétique de soude, qui peut se donner en injections intra-musculaires.

c) L'émétique d'aniline, proposé tout récemment, n'est pas encore expérimenté suffisamment que pour le juger.

d) Le sel de Schlippe, d'après le Dr Broden, n'a sur l'émétique aucun avantage.

e) Le kermès minéral est inactif.

F. Matières colorantes

(Trypanroth, afridol, parafuchsine)

Leur activité trypanocide est parfois réelle, mais les inconvénients nombreux les rendent peu maniables.

G. Orsudan

Cette substance est inférieure à l'atoxyl.

H. Association de médicaments

a) *Atoxyl strychnine.* — La strychnine n'avait aucun but spécial à la trypanose. Elle était employée comme stimulant général et ne trouvait son indication qu'aux périodes de somnolence et de cachexie.

b) *Atoxyl-mercure* a été très recommandé par l'Ecole de Liverpool. Je l'ai employé avec des résultats divers.

c) *Atoxyl orpiment.* — L'atoxyl est administré deux fois par semaine à la dose ordinaire. Le lendemain de chaque injection, on administre de 1 gr. à 1 gr. 20 d'orpiment. Résultats favorables.

d) *Atoxyl émétique,* semble être actuellement la méthode la plus énergique.

A propos de ces diverses associations il y a une remarque à faire. Aucun cas de trypanose n'est comparable à un autre. On ne saurait donc attribuer dans les comparaisons faites comme absolument supérieure ou inférieure telle ou telle méthode de traitement.

Sauf pour l'association atoxyl-émétique, dont l'activité plus grande semble très bien démontrée, il est à craindre que l'atoxyl ne serve à cacher l'inactivité du produit auquel on l'associe. D'autre part, plusieurs praticiens, avec l'atoxyl seul, ont obtenu de très beaux résultats.

Il y a des malades qui ont été traités en 1906 à l'atoxyl exclusivement, le traitement a été recommencé chez plusieurs trois et même cinq fois, à titre de sûreté, et actuellement ils sont encore en bonne santé apparente.

Le Dr Polidori, chef du service sanitaire au Comité spécial du Katanga, insiste particulièrement sur les beaux résultats obtenus avec l'atoxyl seul. Il conseille d'administrer le médicament à dose de 50 ctgr. bi-hebdomaires, continuées pendant trois mois, cure à renouveler deux ou trois fois sans attendre l'apparition de nouveaux symptômes.

8. Comme autre traitement à l'étude, il y a l'action des sérums immunisateurs ou curatifs. Il y a aussi l'action de l'électricité sous toutes ses formes statique, galvanique, rayons Röntgen, etc.

Jusqu'ici les résultats obtenus sont nuls, ou bien il serait prématuré d'en faire mention.

V. Prophylaxie

Dans la lutte contre la maladie du sommeil, la prophylaxie offre la plus grande importance. Elle s'adressera aux mouches et aux malades.

A. Mouches

Stations et postes d'Européens. — Comme règle première, il faudra, lors de l'établissement de postes, éviter si possible les endroits où existe la tsé-tsé, et là où elle existe insister pour que les maisons et les vérandahs soient à leur abri par des tentures en gaze métallique ou à la rigueur en tulle.

Le but principal à poursuivre, c'est de détruire les gîtes à palpalis.

Par des débroussements consciencieux et au besoin par l'éclaircissement des arbres trop touffus et trop rapprochés on poursuivra la destruction méthodique des pupes de tsé-tsé, tuées dès que la température du sol dépasse 30 à 35° C.

Ce débroussement devra se faire partout sur les bords de la rivière et s'avancer vers l'intérieur des terres à 50 mètres au minimum et si possible à 200 mètres au moins dans les environs immédiats des postes. On ne négligera jamais de veiller à ce que les abords des sources d'eau potable et les chemins qui y mènent soient à l'abri de la mouche.

Les pupes, déposées ordinairement dans le sol, peuvent aussi être mises à la surface des troncs d'arbres *rugueux*, notamment des palmiers. Ces troncs seront égalisés, en coupant les restants de feuilles qui y sont adhérentes.

Récemment on a décrit un mode de destruction des mouches adultes, qui semble avoir donné des résultats très favorables.

Maldonado, planteur à Principe, tenant compte des observations faites par tous ceux qui avaient étudié les mœurs de la mouche tsé-tsé, a envoyé dans les endroits habités par les palpalis des indigènes habillés d'étoffes noires mates, la partie dorsale de l'étoffe ayant été enduite de glu ou autre matière analogue. Les individus, porteurs de ce plastron, s'avancent lentement dans les endroits où pullulent les glossines, en se tenant courbés comme s'ils coupaient des herbes. Les premiers jours ils avaient capturé 2500 mouches et le total de mouches tuées dépassait 12.000 en huit jours pour deux chasseurs. Les derniers jours ils ne réussissaient à capturer qu'une douzaine d'exemlaires par jour. De fait, la plantation qui était inha-

bitable auparavant à cause des glossines, ne présentait plus cet inconvénient. Cette destruction des mouches adultes de glossines est appelée à produire des résultats utiles réels. La multiplication de la glossine se fait d'une manière particulière, la mouche ne pond pas des paquets d'œufs à la fois, mais une à une et à plusieurs jours de distance une larve. La destruction d'un grand nombre de glossines sera un empêchement très effectif à leur multiplication.

La destruction des crocodiles, du gibier et autres animaux qui servent de nourriciers aux glossines a été conseillée par plusieurs savants, notamment par Rob. Koch. Pour la trypanose humaine, cette destruction n'aura pas peut-être de résultat bien marqué. Pour les trypanoses du bétail, la destruction systématique du gibier devra toujours être entreprise, parce que le gros gibier, plus rustique, est souvent atteint d'infections à trypanosomes ou autres qui, transportés par les insectes succeurs de sang au bétail, font mourir celui-ci en grand nombre et rendent l'élevage impossible.

Pour se garantir personnellement, les blancs s'habilleront d'étoffes claires à tissu épais. Ceux qui, par leurs occupations (capitaines de bateaux, etc.) courront souvent le risque d'être mordus, porteront un casque garni d'un voile à mailles tombant sur les épaules, et des guêtres. Les femmes devront aussi porter le pantalon long jusqu'aux chevilles, des guêtres ou des chaussettes russes (bandes) montant jusqu'aux genoux.

Les enduits divers à mettre sur les parties du corps découvertes ne sont guère pratiques. On en a renseigné quelques-uns, mais ou bien leur composition ou parfois leur odeur, les rendent inacceptables et répugnants, leur utilité est souvent très problématique et cela pourrait donner, comme le disait récemment M. le Dr Patrick Mauson, une sécurité illusoire, même employés chez les indigènes.

B. Villages indigènes

Théoriquement, il serait nécessaire de déplacer tous les villages indigènes situés en un endroit où existe la palpalis. Il faudrait aussi empêcher que les indigènes en pêchant, en faisant leurs plantations, en fabriquant du sel ou autrement, ne séjournent le jour le long des rivières infestées par la mouche.

Le transfert systématique des villages a pu être obtenu dans certaines régions comme aux abords du lac Victoria, dans l'Uganda. La même chose pourra être exécutée dans certaines parties du Congo belge; mais dans la cuve centrale du Congo cette mesure sera pres-

que partout inapplicable. Il faut tenir compte que la plupart des peuplades riveraines vivent de la pêche. Ils ne sont pas pêcheurs par goût, ils le sont de race, et il leur serait, si pas impossible, au moins très difficile de faire autre chose. Là où on défendra la pêche aux indigènes, il faudra s'occuper de procurer des moyens d'existence nouveaux aux populations dépossédées de leur gagne-pain habituel.

En pratique, on devra appliquer aux villages les mesures imposées pour les postes situés en régions à glossina palpalis; le débroussement méthodique du village, de ses environs, des bords des rivières et ruisseaux, des embarcadères, des gués. On enseignera aux indigènes comment on peut se débarrasser des mouches adultes; on fera la recherche méthodique des malades et on les traitera, si possible, en leur faisant suivre le traitement ambulatoire

Pour la région où la pêche sera défendue, on détruira les pirogues inutiles et celles qui resteront aux mains des indigènes devront être marquées et inscrites. Leurs propriétaires devront se présenter tous les deux mois au poste médical le plus proche.

Autant que possible, les plantations ne pourront être faites le long des rives.

Les endroits de débarquement pour canots, bateaux, les dépôts de bois pour les steamers seront bien débroussés.

C. Routes de caravanes

Avoir des routes de caravanes à l'abri de glossina palpalis est un point de prophylaxie des plus importants.

La plus grande attention devra donc être portée sur ces routes. Elles présentent un danger permanent quand elles longent les bords des ruisseaux et rivières; elles en seront éloignées de 500 mètres au minimum et mieux de un ou deux kilomètres. Là où elles devront croiser les cours d'eaux elles le feront à angle droit et les abords du gué au passage seront soigneusement débroussés.

Les gîtes d'étape ne seront pas établis près des rivières, mais sur des plateaux. On veillera à ce que les indigènes puissent s'y procurer de l'eau sans courir le danger de contamination par la mouche.

Pour les routes de caravanes qui mènent de région à maladie à des régions encore indemnes on devra faire un relais situé loin des rivières à un endroit où n'existent pas les mouches. A ces relais les porteurs originaires des régions infectées déposeront leurs charges que viendront y reprendre les porteurs venant de régions indemnes.

Ces relais sont inutiles quand on est *sûr* que dans la région indemne il n'y a pas de glossina palpalis.

Pour le Congo belge, sauf aux altitudes très élevées (plus de 1200 mètres dans le Sud-Est), la mouche existe pour ainsi dire partout.

Aux endroits menacés, aux limites des régions atteintes on installera des postes d'observation dirigés par des médecins. En outre, vu le nombre réduit de médecins, il y aura des postes de surveillance dirigés par des blancs au courant du diagnostic de la trypanose et de sa prophylaxie. Ils surveilleront les mouvements des porteurs et des voyageurs. Ils s'assureront s'ils possèdent leur passe-port réglementaire (voir plus loin) et enverront au médecin le plus proche les individus suspects ou qui ne seraient pas en règle. Leur mission comportera aussi la surveillance des routes, le débroussement, qu'ils entameront quitte à le faire continuer par les populations indigènes.

Les médecins devront fréquemment faire l'inspection médicale des routes qui existent dans l arégion qu'ils habitent, et indiquer éventuellement les modifications de tracé, les débroussements et autres travaux sanitaires à effectuer.

La surveillance du portage, des mouvements de la population indigène est une des mesures les plus délicates, les plus difficiles à exécuter, mais *aussi une des plus indispensables.*

D. Transports par bateaux de rivière

Ces transports devront être sévèrement surveillés. Cette surveillance pourra être efficace si des sanctions sévères sont prises pour les chefs de mission et les capitaines de bateau qui les transportent. Toute personne voyageant à bord (personnel et passagers), devra être examinée médicalement avant son embarquement et à périodes régulières pour le personnel. Il ne sera permis aux trypanosés de prendre passage à bord, soit pour se rendre au lazaret, soit pour rapatriement en région atteinte ou en région sans glossina palpalis, qu'après qu'on leur aura fait deux ou trois injections prophylactiques d'atoxyl ou d'arsacétyne. Cette précaution rendra le sang stérile pendant une quinzaine de jours. Si ces injections préventives ont été faites, il sera inutile de maintenir les malades à l'abri des piqûres de glossines en cours de route en les renfermant sous un abri ou une une moustiquaire métallique ou en gaze.

Si des passagers prenaient passage à bord d'un bateau à une escale où il n'y a pas de médecin, le capitaine du bateau devra les faire examiner à la première escale où il y a un praticien.

E. Transports par chemins de fer

Au fur et à mseure que les routes de chemins de fer pénètrent en Afrique, on diminuera beaucoup les chances de contagion, si fréquente par les routes de porteurs. Mais par les chemins de fer à cheval sur deux bassins tropicaux, dont l'un est infesté de palpalis et dont l'autre en est indemne, le passage de la mouche d'une région à l'autre sera chose très possible. Des faits très positifs sont là pour le prouver. Lord Milner, voyageant dans l'Uganda, a trouvé dans les wagons du chemin de fer des glossina fusca, longipennes et pallidipes, à 150 milles (environ 200 kilomètres) de distance de leur habitat. Ils s'étaient introduits la veille au soir dans les wagons et avaient été transportés au loin.

Par les modes de transports anciens, à dos d'homme, par bestiaux ou par chevaux et mules, les mouches tsé-tsé suivaient les caravanes peut-être pendant un jour de marche (30 kilomètres), mais ne continuaient jamais plus loin leur poursuite, à cause des conditions défavorables à leur existence. Ces régions barrières ne pouvaient donc être franchies par la mouche. En chemin de fer elles le seront très aisément.

Il y a en outre à craindre, quoique ce danger-là semble moins grave, que des chrysalides ne puissent être transportées de région infectée de glossina en région indemne.

Si la mouche palpalis réussit à s'implanter dans une région en communication directe avec une contrée où règne la maladie du sommeil, il est à craindre, il est sûr même, que bientôt aussi celle-ci y exercera ses ravages, malgré toutes les précautions qu'on pourrait prendre, malgré les règlements les plus draconiens, dès que l'intérêt, le commerce ou les relations de tribus pousseront l'indigène à se déplacer, il passera toujours à travers les mailles d'une surveillance qu'on aura décrétée même très sévère.

Il y aura donc dans l'avenir à prendre des précautions quant au tracé éventuel d'une ligne à construire, et si possible les régions à tsé-tsé seront évitées. Pour les lignes en exploitation, on devrait prendre des précautions aux lieux de stationnement du train pendant le jour, et comme généralement les trains ne marchent pas la nuit, les relais de nuit seront toujours choisis en des endroits sans tsé-tsé. Les wagons devront être à l'abri des mouches pendant les arrêts. Les stations et leurs abords seront bien débroussés, et leur emplacement judicieusement choisi. Les prises d'eau et autres arrêts de service seront particulièrement surveillés.

Pendant la construction des lignes de chemins de fer en pays contaminé, des précautions sévères devront être prises pour éviter des hécatombes parmi le personnel : nourriture bien soignée, logements choisis, débroussements méthodiques, traitement curatif et prophylactique de tous les individus malades, surveillance médicale continue, etc.

F. Recherche des malades et suspects. — Passeports et certificats

Au début on avait admis, en principe, au Congo belge, comme ailleurs, d'isoler autant que possible les trypanosés dans les hôpitaux spéciaux, des lazarets. Mais la longue durée du traitement, et surtout le nombre énorme de malades qui, en certaines régions, atteignent 40 p. c. de la population, rendent cette mesure impossible à réaliser.

L'isolement systématique est possible pour une région nouvellement atteinte, ou ne présentant que quelques cas. Au Congo, sont admis au lazaret, les malades arrivés à la période de léthargie, les indigents et pour quelques jours ceux qui sont encore à la première période. Dès que par les injections trypanocides la circulation est débarrassée de trypanosomes, ces derniers sortent de l'hôpital et suivent le traitement dit ambulatoire.

Ce traitement ambulatoire qui permet à l'homme de travailler, de gagner sa vie et de vivre non enfermé dans un hôpital, est facilement réalisé pour les indigènes employés par les Européens. Il sera d'application difficile, si pas impossible, pour l'indigène un peu éloigné du médecin. Quant à l'isolement dans le lazaret, l'indigène y est franchement hostile.

Là où il y a deux ou plusieurs médecins, un des praticiens rayonnera autour de la résidence et appliquera au plus grand nombre d'indigènes si pas le traitement curatif au moins le traitement prophylactique. Tous les malades qui ne suivent pas de traitement régulieu et même les incurables recevront à intervalles réguliers, deux ou trois fois par mois, des injections de substances trypanocides. Ces injections prophylactiques doivent être appliquées surtout pour les trypanosés qui voyagent, pour ceux dirigés sur les lazarets notamment, surtout quand ils doivent traverser des régions où existe la mouche glossina palpalis.

G. Recrutement des porteurs et déplacement d'indigènes

On peut permettre le recrutement de porteurs qui devraient se rendre de région infectée en région indemne ou vice-versa, bien entendu, s'il y a du glossina palpalis dans la région indemne. On a prescrit, au Congo belge, que tous les indigènes voyageant hors de leur chefferie devraient être porteurs d'*un passeport* de visite médicale, valable pour un an et demi, à condition qu'il soit visé tous les trois mois par un médecin de la colonie.

La surveillance des caravanes aux ordres des établissements d'Européens sera, en général, facilement applicable. Mais pour les indigènes voyageant isolément, on n'arrivera que très lentement à un résultat appréciable. Le passeport médical constitue en tout cas un essai très heureux dans cette voie du contrôle du déplacement des indigènes.

TABLE DES MATIÈRES

La Maladie du Sommeil

et les Narcolepsies

VINGTIÈME CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

sous le Haut Patronage de Sa Majesté le Roi Albert
et du Gouvernement belge

Bruxelles-Liége, 1-7 août 1910

La Maladie du Sommeil
et les Narcolepsies

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR LE

Dr J. LHERMITTE

Chef du laboratoire de la Clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière



BRUXELLES

IMPRIMERIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE L. SEVEREYNS

34, RUE BOTANIQUE, 34

1910

LA MALADIE DU SOMMEIL ET LES NARCOLEPSIES

INTRODUCTION

S'il est en pathologie une opinion qui, aujourd'hui, n'est plus discutée, c'est assurément celle qui fait de la maladie non pas une entité surajoutée à l'organisme, mais un trouble de ses fonctions normales. Nulle part mieux que dans l'étude des « maladies du sommeil » cette idée n'apparaît avec une plus claire évidence.

La fonction du sommeil peut être troublée de différentes façons, mais surtout soit par défaut, soit par excès. Nous nous occuperons exclusivement, dans cet exposé, de l'exagération de la fonction hypnique, de l'hypersomnie paroxystique, des narcolepsies.

Qu'il nous soit permis d'inscrire ici, au début de ce travail, le nom de notre maître, M. Klippel, qui constamment a soutenu et dirigé nos efforts; si nous avons pu mener à bien la tâche qui nous était confiée, c'est à lui que nous le devons.

CHAPITRE PREMIER

Description du syndrome narcolepsie

Le terme de narcolepsie (1) fut proposé pour la première fois par Gélineau pour désigner une « névrose rare, caractérisée par un besoin subit, irrésistible de dormir, ordinairement de courte durée, se produisant à des intervalles plus ou moins rapprochés et obligeant le sujet à tomber ou à s'étendre pour lui obéir ». La description de Gélineau est restée classique et si les auteurs qui reprirent l'étude de la narcolepsie ajoutèrent peu au tableau clinique brossé à larges touches par cet auteur, la conception de cette affection a subi de nombreuses vicissitudes.

Névrose pour Gélineau, elle fut réduite au rang plus modeste de symptôme commun à des affections très éloignées par leurs caractères cliniques, leur nature, leur pathogénie. Type clinique déterminé, se présentant toujours avec les mêmes caractères fondamentaux, peu importe, dit M. Parmentier, que l'on considère la narcolepsie comme un complexus symptomatique ou une névrose, nous nous refusons à admettre qu'elle puisse être symptomatique de l'hystérie.

Devant de telles contradictions, il est nécessaire, avant d'étudier les aspects sous lesquels la clinique nous montre les états narcoleptiques, de définir ce que l'on doit entendre sous le terme de narcolepsie.

Essentiellement, c'est une manifestation morbide qui, commune aux états pathologiques les plus variés, a pour élément fondamental un besoin, impérieux, irrésistible de dormir auquel le sujet succombe, quelle que soit sa volonté de n'y point céder. C'est, au propre, exactement l'inverse de l'insomnie.

La première observation que l'on peut rattacher à la narcolepsie est due à Caffe (1) ; elle a trait à un malade âgé de 47 ans, grand et fort, lequel avait toujours vécu avec sobriété. Depuis environ quatre ans, il était pris d'une somnolence plus ou moins invincible, suivant les circonstances. Le premier symptôme annonçant l'imminence de la crise consistait dans la chute des paupières supérieures; la faim la

(1) De υαφΧωσις, somnolence et λαφβαυ saisir.

plus impérieuse ne suffisait pas à déterminer le réveil. Si on le réveillait, il se rendormait aussitôt. En temps ordinaire, l'intelligence était paresseuse, l'attitude nonchalante, le facies un peu hébété. La santé générale n'était pas troublée. Bien qu'incomplète, cette observation est un exemple typique de ce qu'est la narcolepsie.

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, la narcolepsie peut apparaître dans des circonstances très variées; tantôt elle frappe le sujet sans que celui-ci présente aucune modification décelable dans le fonctionnement du système nerveux ou des viscères, tantôt la narcolepsie s'accompagne d'un ensemble symptomatique ressortissant à des affections que leur origine, leur nature séparent profondément.

Sans vouloir préjuger en rien, quant à présent, la nature de la narcolepsie, que faute de mots meilleurs on peut appeler la narcolepsie « essentielle » ou « idiopathique », c'est-à-dire de la narcolepsie indépendante de toute autre manifestation pathologique, il nous paraît rationnel d'établir d'abord les grands caractères de ce symptôme dégagé de toute complication, nous réservant, dans des chapitres ultérieurs, d'insister sur les modifications qui lui sont apportées par l'adjonction d'éléments étrangers.

L'invasion du sommeil est plus ou moins brutale, précédée de courbatures d'une sensation de constriction céphalique, de pandiculations; les paupières semblent lourdes, les yeux sont le siège de légers picotements; bref, le malade ressent, et au plus haut degré, l'*appétit* du sommeil, sans cependant éprouver le *désir* de dormir (1). S'il marche, le malade sent ses jambes devenir lourdes, la démarche devient incertaine, à peine s'est-il assis que déjà il est endormi. Très généralement, les accès de somnolence reviennent moins fréquemment lorsque le malade exécute des mouvements que lorsqu'il est au repos, et pour le narcoleptique un des moyens de défense le meilleur et le plus usité est de marcher activement. Il semble également que la station assise favorise l'endormissement, tandis que la position debout le retarde. Ainsi voit-on des malades résister à la crise de narcolepsie en travaillant debout. Ces moyens cependant ne sont pas infaillibles; le médecin observé par M. Robin dormait en marchant, une malade de Féré s'endormait debout dès qu'elle s'appuyait à un meuble. Certains auteurs, M. Lamacq entre autres, ont soutenu que le début de la

(1) Nous sommes entièrement d'accord avec M. Salmon sur la nécessité de distinguer l'*appétit* du sommeil du *désir* du sommeil. L'agrypnique peut éprouver au plus haut point l'appétit du sommeil sans en ressentir le désir à l'inverse du narcoleptique. Le désir du sommeil est un acte psychique qui se superpose ou non au besoin organique : l'appétit du sommeil.

crise, bien que soudain, n'était jamais assez subit pour que le sujet n'ait le temps de se mettre à l'abri et de se protéger contre les accidents auxquels l'expose un sommeil profond. La vérité, c'est que si généralement le malade peut, avant de s'endormir, s'étendre ou s'asseoir, il est des cas où l'invasion du sommeil est si instantanée que le sujet tombe littéralement terrassé. Il en était ainsi pour le médecin qui fait l'objet de l'observation de M. Robin que le sommeil prenait à toute heure du jour, à table, le forçant à laisser tomber l'objet qu'il tenait entre les doigts, à l'hôpital, au cours d'une visite, déterminant son affaissement sur le lit du malade.

Au cours d'un dîner de famille, ce malade, sentant poindre sa crise, veut sortir, mais à peine est-il debout qu'il s'affaisse endormi.

Nous pourrions citer d'autres exemples, mais ceux-ci sont suffisants pour montrer que la narcolepsie la plus authentique peut frapper avec la plus soudaine brutalité et qu'il ne faut pas chercher là un signe d'une valeur quelconque tant au point de vue du diagnostic que du pronostic.

Lorsque le malade a succombé au sommeil, généralement la résolution musculaire est complète; les membres peuvent être déplacés avec la plus grande facilité, le tonus musculaire n'est ni augmenté ni diminué; les traits sont affaissés, donnant parfois un masque de stupeur. Soulevés, les membres retombent inertes, mais en présentant, comme dans le sommeil normal, une ébauche de mouvement physiologique. D'après Féré (1), les muscles de la face peuvent être parésiés et les joues vibrer bruyamment à chaque respiration. Parfois, les muscles volontaires, au lieu d'être dans le relâchement, sont dans un état de contracture plus ou moins prononcée; les muscles orbiculaires palpébraux présentent également, dans certains cas, des contractions spasmodiques, des vibrations, des tiraillements particuliers; si l'on essaie d'ouvrir les paupières, le spasme palpébral augmente d'intensité. Les fonctions de la sensibilité sont en général diminuées et obtuses, les piqûres, les pincements ne sont pas perçus; cependant les excitations cutanées réitérées peuvent dissiper pour un moment l'état de somnolence; le malade sort de sa torpeur, ouvre les yeux, prononce quelques paroles et se rendort aussitôt. Parfois les excitations de la peau suscitent seulement quelques mouvements réflexes ou automatiques, inconscients, dont bien entendu au réveil il ne persiste aucun souvenir. Dans certains cas, l'anesthésie est absolue, totale ou limitée à un côté du corps. Pour ce qui est des organes des sens, ceux-ci sont dans la narcolepsie ce qu'ils sont dans le sommeil profond, du moins dans l'immense majorité des cas; c'est dire qu'ils sont engourdis, mais non totalement anesthésiés. L'ouverture des paupières, un

souffle sur les globes oculaires, un bruit un peu fort ou telle irritation intense de l'appareil olfactif déterminent le réveil ou suscitent des réactions motrices variées. Il faut dire toutefois que dans la narcolepsie profonde non seulement le réveil n'est pas produit par une excitation portée sur les organes des sens, mais que cette excitation, pour intense qu'elle soit, ne prvoque aucune réaction motrice; le malade est plongé dans une torpeur voisine du coma. C'est en vain que nous avons cherché dans la littérature médicale des indications sur l'état des réflexes tendineux et cutanés. Sont-ils abolis comme M. Rosenbach l'a constaté dans le sommeil naturel ? La chose est probable, mais non démontrée.

Les fonctions générales de l'organisme, et principalement les fonctions de nutrition, sont ralenties; la respiration diminue de fréquence, le nombre des inspirations ne dépassant pas 10 à 12 par minute. Quant aux battements cardiaques, ils paraissent plus souvent ralentis que précipités; Féré note 50 à 55 pulsations par minute et constate un assourdissement des bruits cardiaques. Dans certains cas, on a relevé une accélération du rythme cardiaque avec perturbations et arythmie, de même qu'un auteur a observé, dans un cas de rythme respiratoire type Cheyne-Stokes, sans qu'il s'agisse, bien entendu, de coma ou de sommeil chez un brightique urémique. Caton a relevé même des contractions spasmodiques de la glotte pendant le sommeil accompagnées d'une paresse respiratoire pendant une minute et suivies de cyanose; chez ce malade, la salivation était extrêmement exagérée pendant les crises de narcolepsie.

La température reste normale. L'examen des yeux à donné les résultats suivants à M. Féré : les pupilles sont dilatées et les vaisseaux du fond de l'œil rétrécis. On peut ajouter que, à l'exemple du sommeil naturel, la narcolepsie abolit le réflexe lumineux et que l'éclairement produit un mouvement du globe de l'œil qui a pour effet de soustraire l'iris à la source éclairante.

Pendant le sommeil, les fonctions intellectuelles se trouvent dans un état variable. Tantôt, et c'est le cas pour toutes les narcolepsies graves, l'inconscience est absolue, le sujet a perdu toute notion du monde extérieur, aucune impression cœnesthétique sensitive ou sensorielle ne franchit plus le seuil du *sensorium*, l'amnésie au réveil est absolue; tantôt l'obnubilation intellectuelle permet encore à certains processus psychiques élémentaires de se produire. Ce sont des rêvasseries incohérentes qui se traduisent à l'observateur par des gestes ou des paroles confuses, parfois du somnambulisme.

Il est des malades dont la conscience veille et perçoit les sensations apportées par les nerfs sensoriels à tel point qu'au réveil les sujets

peuvent raconter tout ce qui s'est passé durant leur crise; certains même qui se sentent dormir voudraient s'éveiller mais ne peuvent que constater leur impuissance.

La durée de l'attaque est variable et oscille entre quelques secondes (Chavigny) et plusieurs heures.

Féré remarque avec beaucoup d'auteurs que le réveil est d'autant plus difficile que la crise a été de plus longue durée. Ce fait ne nous semble pas contestable; des exemples très nombreux pourraient être cités à l'appui. Lorsque la crise ne s'est prolongée que pendant quelques minutes par exemple, le réveil se fait rapidement, l'individu ouvre les yeux et regarde autour de lui avec une expression un peu étonnée, puis reprend ses occupations au point où il les avait laissées. Si la crise narcoleptique est survenue au cours d'une conversation, le malade continue l'entretien interrompu sans qu'il apparaisse dans ses propos la moindre incohérence et sans que la discussion révèle la moindre trace de fatigue mentale.

Au cas où le sommeil a eu une durée beaucoup plus longue, des heures par exemple, le malade ne reprend ses sens et son intelligence que peu à peu. Un voile flotte devant ses yeux, sa démarche est chancelante, ses pas mal assurés (Ch. Féré).

Il est à remarquer que presque toujours le réveil se fait spontanément, sans qu'une impression extérieure ait pu ébranler les sens du malade et même très souvent alors que les excitations sensitives ou sensorielles sont complètement impuissantes non seulement à produire le réveil, mais même à déterminer une réaction motrice, le malade reprend ses sens facilement quelques instants après la cessation des excitations. Nous ajouterons aussi que certains faits, comme celui qu'a relaté Macnamara, démontrent que toutes les excitations périphériques n'ont ni la même valeur, ni la même influence, et que si tel malade se réveille à la suite d'un attouchement, chez un autre une excitation de cet ordre sera impuissante, tandis qu'une excitation d'une intensité à peu près égale, mais portée sur un organe sensoriel, provoquera le réveil. Il est bien difficile de préciser quant à présent les causes qui suscitent le réveil; sont-ce des sensations cœnesthésiques particulières et passant uniquement dans le champ de l'inconscient ou telle autre modification qui nous échappe ? Toujours est-il que, dans la majorité des cas, le réveil et l'endormissement semblent régis par des lois, absolument comme le sommeil naturel. La plus importante de celles-ci est la loi du rythme. Tantôt les accès de somnolence surviennent à la même heure (Foot), tantôt et plus souvent les crises ont toutes une durée égale. Et tel malade dont la première attaque se prolonge durant une heure, par exemple, peut se tenir

pour quasi assuré que les attaques ultérieures oscilleront comme durée autour de ce laps de temps.

Lorsque, grâce à la *natura medicatrix* ou à un traitement approprié, survient une amélioration, celle-ci porte à la fois sur la profondeur et sur la durée des paroxysmes somnolents.

Les circonstances qui favorisent l'endormissement pathologique sont les plus variées qui se puissent imaginer et à cet égard il semble impossible d'établir aucune règle tant soit peu précise. Les causes provocatrices de la crise de narcolepsie sont en effet plus à mettre en rapport avec une réaction individuelle qu'avec toute autre condition.

Dans certains cas, c'est à la moindre émotion pénible ou agréable que survient la crise de sommeil paroxystique. Un malade observé par Gélineau s'endormait en jouant aux cartes quand il avait en main un beau jeu; chez un sujet de Burquet, toute impression vive, les cris de la foule, une agglomération, un spectacle suffisaient à déclancher le sommeil. Manuel, Féré insistent également sur le rôle de l'émotion comme cause provocatrice de l'accès somnolent, et vraiment il semble bien, en effet, qu'une impression émotive puisse effectivement. nous ne disons pas créer un état hypnoleptique, mais déclancher la crise chez un sujet présentant préalablement des attaques de narcolepsie. L'observation d'un des malades rapportée longuement dans le mémoire de Gélineau est à cet égard pleinement démonstrative. Le malade auquel elle se rapporte était pris d'un besoin irrésistible, impérieux de dormir s'il éprouvait la moindre émotion agréable ou pénible. Ainsi, faisait-il un bon marché dans son commerce, voyait-il un ami, parlait-il pour la première fois à un étranger, allait-il au Jardin des Plantes, devant la cage aux singes, où de tout temps se sont échangés lazzis et grosses plaisanteries, aussitôt il s'endormait. Un cheval qui s'emportait, une voiture qui allait le croiser, la vue d'un personnage grotesquement habillé, une scène théâtrale amusante ou pathétique, il ne fallait pas davantage pour qu'à l'instant il fut frappé.

Le cas rapporté par Camuset n'est pas moins intéressant. Il s'agissait d'un sujet atteint de dacryocystite terminée par une fistule lacrymale laquelle nécessita le cathétérisme des voies lacrymales; or, au moment d'introduire la sonde, Camuset était frappé par le changement subit de l'état du patient : les paupières se fermaient, la parole s'embrouillait et s'empâtait, la voix finissait par s'éteindre, la somnolence s'établissait progressivement et durait de cinq minutes à une demi-heure, au bout de laquelle le malade recouvrait ses forces et toute sa lucidité.

Les circonstances au milieu desquelles se produit la crise somnolente sont assurément celles qui ont trait aux fonctions digestives.

Très souvent c'est au cours d'un repas que le malade brusquement s'endort, laissant retomber fourchette ou cuiller et suspendant les mouvements masticatoires commencés, ou après un repas, au moment où l'activité des glandes digestives atteint son maximum. Le repos, le silence, les mouvements rythmiques, la monotonie d'un discours ou d'une conversation, l'ardeur du soleil (Foot), un effort d'attention soutenue (Ch. Féré), l'obscurité, toutes conditions qui favorisent le sommeil normal, précipitent également l'apparition de l'hypnolepsie. Parfois l'attaque survient au cours des actes qui semblent les plus étrangers au sommeil : l'écriture, la défécation, ou parfois liée à des sensations organiques qui semblent *a priori* être l'opposé du besoin de dormir, l'appétit, par exemple (Féré) .

Dans un cas de M. G. Ballet, la somnolence était plus accusée au moment des règles. C'était surtout au cours de la conversation que s'endormaient les malades de Gélineau, de Sainton, de Phipson et de Fricker; ceux qu'observaient Makintosh, Orsay Hecht, Caffe, M. Albert Robin, Bouland, G. Gérard, M. Mongour, M. Chavigny, M. Lamacq s'endormaient à tout moment, au cours des actes qui demandent l'attention la plus soutenue ou un exercice relativement violent. Le sujet dont l'histoire nous est rapportée par M. Chavigny était pris brutalement d'hypnolepsie à bicyclette, au cours de son travail (il était boulanger), le forçant à dormir sur le bord du pétrin. Il n'est pas jusqu'aux modifications barométriques qui ne semblent, chez certains sujets atteints de narcolepsie, être capables de susciter l'attaque somnolente; le temps orageux a été incriminé particulièrement par M. Féré.

Telle est, ramenée à ses traits fondamentaux et essentiels, l'attaque de narcolepsie. Envisagée en soi, elle n'est, on le voit, qu'une crise de sommeil plus ou moins profond, impérieux, invincible, ne différant du sommeil naturel que par ce fait que le sujet ne peut s'y soustraire et qu'il survient aux moments les plus variables en nycthémère.

La non-soudaineté du début de l'attaque ne saurait, à notre avis, être considérée comme un caractère essentiel de la narcolep 'e vraie, ainsi que le soutient M. Lamacq. En effet, dans bien des cas la crise ne s'annonce par aucune perturbation, — en prenant ce terme dans sa plus large acception, — elle frappe le sujet brutalement, déterminant sa chute ou celle de l'objet sur lequel le malade était appuyé (Féré).

Toutefois, dans la plupart des faits, les malades sont avertis de l'imminence de la crise par la sensation aiguë du besoin de dormir

ou par un tremblement généralisé ou encore par un sentiment de constriction épigastrique; aussi, devant cette sommation sur la signification de laquelle les malades ne se trompent pas, ceux-ci présentent des réactions de défense variables selon les caractères et les tempéraments. Les uns s'assoient pour dormir plus commodément, les autres veulent lutter jusqu'au bout, marchant ou se livrant à quelque fatigant exercice; d'entres, enfin, pour continuer de travailler, restent constamment debout sans s'appuyer à aucun meuble pour éviter ou retarder la crise narcoleptique. S'il se trouve dans une situation périlleuse, le malade est obligé de se terrer pour n'être pas blessé pendant son sommeil, tel le malade de M. Lamacq qui, forcé par son métier de rester sur les toits, se couchait rapidement derrière une cheminée dès que les prodromes de l'attaque se faisaient sentir.

A mesure que l'affection progresse, le début des accès se fait plus brutal et plus instantané, les réactions de défense parfois n'ont pas le temps de se produire; il en résulte des chutes ou des traumatismes dont les marques qu'ils laissent permettent à coup sûr d'exclure la simulation.

CHAPITRE II

La narcolepsie essentielle ou idiopathique

Dans un certain nombre de cas auxquels se rapportent les observations de Caffe, Gélineau, Marotte, Thümen, Dana, Ballet, Ribakof, Fricker, Mendel, Harp, Ewen, Fournier, Ch. Féré, la narcolepsie constitue toute la maladie; rien dans l'état des viscères ni du système nerveux ne permet de rapporter à une altération quelconque l'attaque de sommeil paroxystique.

Il y aurait donc un groupe de narcolepsies idiopathiques ou essentielles indépendantes d'un état pathologique défini. Cependant, on peut remarquer que la plupart des observations qu se rapportent à ce groupe datent d'une époque relativement éloignée où l'examen systématique des grandes fonctions organiques était rarement pratiqué; aussi croyons-nous que ce groupe ne tardera pas à être démembré et que l'étude approfondie du syndrome « narcolepsie » permettra de rattacher à leur véritable cause les faits auxquels nous venons de faire allusion. Déjà les observations de ce genre se font de plus en plus rares et nous sommes fermement assurés que ce groupe, qui fut au temps de Gélineau le plus vaste, est destiné à disparaître à tout jamais.

CHAPITRE III

La narcolepsie dans les maladies organiques de l'encéphale

I. LES TUMEURS

Le sommeil pathologique survenant soit d'une manière continue, soit par crises absolument identiques aux crises de narcolepsie « idiopathique », peut survenir au cours des tumeurs de l'encéphale.

Bien que les livres classiques ne s'attardent pas sur ce symptôme, qui cependant présente à plusieurs points de vue un grand intérêt, il s'en faut que la narcolepsie soit rare au cours des tumeurs encéphaliques. De très nombreux travaux leur ont été consacrés dans ces dernières années, de telle sorte qu'il est possible aujourd'hui de se faire une idée sur la valeur diagnostique de cette manifestation pathologique.

C'est seulement depuis peu que l'attention a été attirée sur la survenance, au cours des tumeurs du cerveau, d'un sommeil vraiment pathologique par sa profondeur, par sa durée et par son moment d'apparition. Les classiques en font tout juste mention, sans indiquer ses caractères ni sa valeur. Avant de décrire les particularités de l'hypnolepsie au cours des tumeurs encéphaliques, nous devons nous expliquer sur la signification du terme « sommeil », car bien des auteurs, M. Salmon entre autres, donnent la relation de faits de tumeurs s'accompagnant de soi-disant sommeil et la lecture de ces observations nous a convaincus qu'il y avait là une regrettable confusion.

Au cours du développement progressif d'une tumeur cérébrale se produisent, en effet, des manifestations qui, à première vue, pourraient en imposer pour le sommeil mais qui, à y regarder de près, doivent en être soigneusement distinguées. C'est d'abord le coma, avec ses troubles profonds du pouls, de la respiration, ses paralysies pharyngées et différant aussi du sommeil pathologique par l'impossibilité d'obtenir même par les excitations les plus fortes la moindre réaction. C'est aussi la somnolence, confondue d'ailleurs par nombre d'auteurs avec l'apathie, la torpeur intellectuelle. Or, apathie ou torpeur sont bien différentes du sommeil ; les malades dont le cerveau est engourdi

et paresseux du fait des troubles consécutifs à une tumeur intracranienne ne dorment pas. Le sommeil, pour si profond qu'il soit, cesse toujours spontanément, la torpeur cérébrale ne fait en général que croître parallèlement au néoplasme.

Quant à la somnolence, elle se rapporche évidemment beaucoup du sommeil, dont elle peut être considérée comme le premier degré, mais le malade atteint de somnolence ne perd pas contact avec le monde extérieur, il n'est pas isolé comme le dormeur; jamais par conséquent il ne présentera d'amnésie ni de manifestations dérivant de l'automatisme intellectuel.

Lorsqu'il se produit, au cours des tumeurs du cerveau, des crises de sommeil, celles-ci sont exactement comparables à celles de la narcolepsie et c'est seulement par un examen des fonctions du système nerveux que le diagnostic peut être porté. L'attaque narcoleptique des tumeurs n'a en soi rien de spécifique. Plusieurs observations sont à cet égard pleinement démonstratives. La petite malade observée par M. Janet est prise à 12 ans de délire nocturne à la suite duquel elle tombe dans un sommeil profond qui se prolonge quinze jours sans interruption; de temps en temps, on lui faisait avaler un peu de lait. Après son réveil, l'état semble s'améliorer lorsque de nouvelles crises de sommeil surviennent. Quand on lui parlait, elle répondait quelques mots, se plaignait de douleurs de tête et priait qu'on la laissât reposer tranquillement. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un kyste parasitaire comprimant la pointe du lobe sphénoïdal gauche. Le cas rapporté par M. Soca est encore plus intéressant. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans chez laquelle l'affection se manifesta au début par une atrophie papillaire bilatérale, une céphalée intense, des vomissements. Entrée à l'hôpital, elle y fut prise d'un sommeil qui avait toutes les apparences d'un sommeil naturel d'où parfois elle sortait spontanément. Il était facile de la réveiller pour la faire manger ou pour causer avec elle. Pendant les sept mois que cette situation se prolongea, l'intelligence baissa progressivement.

Très justement, M. Soca fait remarquer qu'il ne s'agit pas ici de coma, puisqu'il pouvait faire cesser à volonté cet état somnolent, lequel était exactement semblable au sommeil naturel. A l'autopsie : sarcome de l'hypophyse ayant pénétré dans le troisième ventricule.

Le cas de M. Philip Cowen est identique; le malade s'endormit pendant huit jours et avait l'aspect d'un homme accablé de fatigue. On le réveillait facilement et il était possible de converser avec lui, mais dès que cette excitation cessait, le malade retombait dans l'état somnolent. Chez la patiente dont l'histoire est rapportée par M. Mensinga, les attaques de sommeil survenaient au cours d'une conversa-

tion, pendant les repas; le début en était subit, instantané. Dans les semaines qui précédèrent la mort, le sommeil se prolongea le jour et la nuit, il fallait éveiller la malade pour l'alimenter. Tandis qu'on l'examinait, elle s'endormait. A l'autopsie : tumeur de la région hypophysaire.

Un enfant de 12 ans, observé par M. Righetti, était atteint de sommeil continu pendant lequel la respiration était parfaitement calme, régulière comme celle d'un sujet endormi. Si l'on criait à haute voix, le malade s'étirait, se réveillait, causait intelligemment. Jamais il ne se plaignait ni ne demandait à boire ou à manger. Autopsie : gliome de la couche optique gauche.

On pouvait aussi tirer de sa profonde somnolence le malade de M. Franceschi, lequel était porteur d'un sarcome enserré par l'hexagone de Willis.

Une malade observée par M. Raymond avait été considérée comme atteinte de sommeil hystérique, en raison de la brusquerie de l'invasion et de la cessation non moins soudaine de l'attaque. Autopsie : sarcome de la protubérance.

Dans un cas de M. O. Sandri, le sommeil, bien que profond et prolongé, pouvait être suspendu par une forte excitation; spontanément le malade se levait pour satisfaire ses besoins. Si on voulait entrer en communication avec le malade, il était nécessaire de répéter les demandes avec force, autrement la patiente, après avoir balbutié quelques monosyllabes, retombait dans sa torpeur. Autopsie : adénome hypophysaire. Chez un autre malade observé par l'auteur, le sommeil était également très profond et durait tout le jour; à l'autopsie, il s'agissait de kystes échinococciques disséminés à la surface des hémisphères cérébraux.

M[lle] Voulfowitch a relevé dans sa thèse une série de cas très comparables.

Nou ne voulons pas allonger cette description déjà trop longue des cas observés par les différents auteurs; en réalité, chez tous le sommeil avait sensiblement les mêmes caractères et se différenciait très nettement du coma, de la somnolence, de la torpeur intellectuelle.

Le début de l'attaque narcoleptique se fait soit soudainement (Mensinga, Raymond), soit lentement et progressivement. Il est rare que la crise somnolente soit le premier symptôme réel de l'affection, s'il peut en être la première manifestation apparente.

En recharchant soigneusement dans le passé du sujet, on constate dans la très grande majorité des cas une diminution de l'acuité visuelle, des vomissements, une céphalée constante ou paroxystique, des phénomènes paralytiques à type hémiplégique ou paraplégique

(Soca), bref une série de symptômes qui traduisent à n'en pas douter une lésion organique de l'encéphale.

La durée de l'attaque d'hypnolepsie est variable, mais cependant elle apparaît dans l'ensemble comme sensiblement plus longue que celle de la narcolepsie « idiopathique ». Différence fondamentale, l'hypnolepsie des tumeurs présente une évolution progressive ; parallèlement au développement du néoplasme et à l'accroissement de la tension intracranienne, la somnolence devient plus profonde et plus durable et s'achève fréquemment dans le coma avec gâtisme.

Sans aborder ici la question de la pathogénie du sommeil dans les tumeurs, question que nous développerons plus loin, nous pouvons mentionner ce fait qu'au point de vue de la valeur séméiologique du sommeil morbide, s'il peut dans certains cas éclairer un diagnostic, il n'a aucune valeur au point de vue de la localisation du néoplasme. Des attaques de sommeil les plus comparables, identiques même, ont été observées dans des tumeurs de nature très différente et occupant des régions opposées de par leur structure et leurs fonctions.

Aussi bien ne saurions-nous souscrire à l'opinion des auteurs qui admettent que le sommeil se voit de préférence dans les tumeurs sarcomateuses ou dans les néoplasmes de la région hypophysaire. Certes, il n'est pas niable que, dans un grand nombre de faits, le diagnostic histologique porté a été celui de sarcome, mais le sarcome, du moins tel que les descriptions classiques l'indiquent (1), n'est-il pas le type histologique le plus habituel des néoplasmes cérébraux ?

En réalité, à y regarder d'un peu près, la lecture des observations des auteurs démontre qu'il n'existe 1° aucun rapport entre le sommeil et le type histologique de la tumeur, et 2° que l'existence de manifestations somnolentes au cours d'une tumeur de l'encéphale ne saurait en aucune manière faire préjuger sa localisation.

Relativement au type histologique, nous constatons que les observations de Phlip Cowen, de MM. Oppenheim, Toude, Petrina, Ogle, Blessig, Adams, Soca, Franceschi, Raymond (2 cas), M[lle] Voulfowitch (5 cas), ont trait à des sarcomes diversement situés que les cas relatés par MM. Righetti, Lugaro, Lannois et Porot, Virdiou. Westphal, Bristowe, Kochmann, Devic et Courmont, M[lle] Voulfowich (1 cas) se rapportent à des gliomes purs, que dans l'observation de M. Hercouët

(1) Des recherches personnelles et inédites nous ont montré que l'on appliquait beaucoup trop facilement l'étiquette de sarcome et que si l'on étudiait ces tumeurs à l'aide de techniques plus délicates on arrivait à cette conviction qu'un grand nombre ne sont que des gliomes atypiques ou métatypiques.

il s'agissait d'un sarcome angiolithique, enfin que certains faits se rapportent non plus à des néoplasmes au sens étroit du mot, mais à des formations pathologiques de nature parasitaire. C'étaient les kystes cysticériques dans les cas de M. P. Janet, de Chotzen, de M. Sandri (2 cas), c'étaient des tubercules dans les faits rapportés par Abercrombie, Constant, Albers, Cruveilhier, M. Hallopeau, Hénoch. Signalons enfin que dans un cas de Bader on avait affaire à un fibrome et dans un fait de Haberschon à un carcinome.

S'il est impossible, d'après tous les faits que nous venons de mentionner, de rattacher l'apparition des attaques du sommeil au type histologique de la tumeur ou des tumeurs qui les conditionnent ; il apparaît également tout à fait illusoire de chercher à faire du symptôme « sommeil » un signe en rapport avec une localisation quelconque. Le sommeil, répétons-le, peut se montrer au cours des tumeurs les plus variées comme siège et comme nature. Nous rappellerons brièvement les faits que nous avons retrouvé dans la littérature médicale; ils seront la meilleure démonstration de l'opinion que nous soutenons.

Le néoplasme siégeait dans *les lobes frontaux* dans les observations de Virdiou, Delahouse, Eulenberg, MM. Oppenheim, Schlesinger, Chartier, Voulfowich, Devic et Courmont, Philip Cowen; il atteignait le *lobe temporal* dans les faits de Abercrombie, Heckenrath, MM. Oppenheim, Brault et Loeper, Westphal; le *lobe pariétal* dans les cas de Virdiou, de Terrier; le *lobe occipital* dans ceux de M. Hercouët, de Michel, de Mlle Voulfowitch; le corps calleux (Bristowe), les couches optiques ou les corps striés dans les observations de Sinchler, Troschel, M. Righetti, Staunens; l'épiphyse dans un cas de Reinhold; les tubercules quadrijumeaux (Goldricher); les pédoncules et la protubérance dans les faits de M. Raymond, de Constant, de Bader, d'Albers, de Mlle Voulfowitch (2 cas), de M. Franceschi; le bulbe dans un fait de Chassaignac; le centre ovale dans les cas de MM. Raymond, Lugaro, Mlle Voulfowich. Enfin, dans d'autres observations, ce n'est pas le cerveau lui-même qui est le siège de la tumeur, mais tantôt le cervelet, comme dans les faits de Blessig, Hallopeau, O. Sandri; la glande pituitaire, faits de MM. Soca, Mensinga, Parhon et Goldstein, Bregmann et Steinhaus.

II. POLIOENCEPHALITE SUPERIEURE AIGUE

Le sommeil ou la somnolence profonde sont assez fréquemment constatés dans cette affection; aussi la localisation des lésions dans le pédoncule a-t-elle servi pendant longtemps d'argument princeps aux

auteurs qui cherchaient à établir l'existence du centre du sommeil. Pour M. Mauthner, qui a publié sur ce sujet plusieurs travaux intéressants, le ptosis qui souvent est dans la maladie du sommeil des nègres, comme dans la poliencéphalite supérieure aiguë, le symptôme le premier en date, indiquerait que dans les deux maladies la lésion fondamentale est la même et atteint surtout la région pédonculaire, où siègent les centres du moteur oculaire commun.

Décrite par Gayet en 1875, puis par Wernicke, la polioencéphalite supérieure aiguë est trop connue aujourd'hui pour que nous puissions insister sur sa symptomatologie. Nous rappellerons seulement que survenant, chez des sujets alcooliques, consécutivement soit à des maladies infectieuses, soit à des intoxications alimentaires ou autres, cette affection débute par une violente céphalée, parfois une rigidité de la nuque; puis surviennent de l'apathie, de la somnolence ou du sommeil véritable accompagné ou suivi de délire et surtout de paralysie des muscles des yeux. Le nerf optique est souvent intéressé ainsi que l'a constaté M. Hernheiser grâce à l'examen ophtalmoscopique. Les mouvements des membres sont incertains, ataxiques, choréiformes ou athétosiformes. Il n'est pas rare de constater des paralysies motrices portant sur un seul ou sur les deux côtés du corps. A la période d'état, outre ces symptômes, le phénomène frappant consiste dans une obnubilation profonde de l'intelligence, laquelle suspend parfois toute activité intellectuelle et aboutit à un profond sommeil, parfois au coma. La fièvre fait habituellement défaut. Les manifestations délirantes ne sont pas rares au cours de la polioencéphalite de Gayet-Wernicke; on sait qu'elles prennent le plus souvent le type de la psychose de Korschoff à tel point que M. Raimann et M. Elzholz ont soutenu que polioencéphalite et psychose n'étaient que des manifestations en rapport avec la localisation différente d'un processus de même nature.

La polioencéphalite supérieure subaiguë ou chronique serait également susceptible de produire des crises de narcolepsie, ainsi que tend à le démontrer une observation de M. Mathner qui a trait à un malade présentant des crises de sommeil pathologique accompagné de ptosis, de faiblesse générale. Mais comme l'affection durait depuis un an, M. Mauthner se demande s'il ne s'agit pas ici simplement de la la maladie de Gerlier.

Le cas rapporté par M. Goldzieher est beaucoup plus démonstratif.

Il a trait à un enfant de 6 ans lequel, outre une ophtalmoplégie externe complète, présentait des troubles des mouvements et des attaques de sommeil prononcées. M. Benjamin a rapporté également deux observations démonstratives dont l'une où l'encéphalite avait diffusé vers la protubérance et déterminé une paralysie du nerf facial. La mort survint au bout de quelques jours.

III. LES ENCEPHALITES DIFFUSES

L'encéphalite paralytique, l'encéphalite de la trypanosomiase (La maladie du sommeil), *la méningite tuberculeuse*

Si l'on peut constater des accès de sommeil paroxystique au cours des encéphalites aiguës les plus diverses, ces cas sont tout exceptionnels; ils se manifestent moins rarement au cours de l'encéphalite paralytique, d'après Ch. Féré, qui chez plusieurs tabétiques a pu porter le diagnostic de paralysie générale rien que par la constatation d'accès somnolents. Mais c'est surtout dans l'encéphalite provoquée par le trypanosoma gambieuse que la narcolepsie apparaît avec une fréquence saisissante au point que de longue date la maladie a été désignée sous le nom d'hypnosie.

MALADIE DU SOMMEIL DES NEGRES

(Synonyme de Léthargie, Lethargus (Winterbettom), Hypnose, Somnose (Nicolas), Narcotisme des nègres, Maladie des dormeurs, Sleeping Sickness (Mac Carthy), Sleeping Dropsy (Clarke), Nevallan-Nevalane des Woloffs N.Touzi.

Observée pour la première fois par Winterbettom en 1803 en Sénégambie et sur le littoral du golfe de Guinée, la maladie du sommeil s'est enrichie durant ces dernières années de documents de première importance au point de vue des lésions qui sont à sa base, du germe pathogène qui en est la condition essentielle et de la façon dont s'effectue la contagion.

De telle sorte que la maladie du sommeil, ignorée il y a quelques années de bien des médecins, se trouve être aujourd'hui une des affections dont l'étiologie, la symptomatologie, l'anatomie pathologique sont le mieux et le plus complètement déterminées.

Les limites du cadre de ce rapport ne nous permettant pas de nous étendre aussi longuement que nous l'eussions souhaité sur l'hypnosie, laquelle d'ailleurs sera traitée avec tous les développements que comporte une pareille étude par notre collègue M. Van Campenhout, nous nous bornerons à en rappeler les traits essentiels pour l'opposer aux narcolepsies toxiques, névrosiques ou autres sur lesquels nous aurons à insister.

Historique. — C'est à un missionnaire anglais, Clarke, que nous devons la première description de l'hypnosie (1840), auquel il donna

le nom de « Sleeping-dropsy » ; un peu plus tard, Bacon et Daniell la signalent. En 1860, Dangaix en mentionne plusieurs cas en Afrique, dans cette contrée qui s'étend depuis le Gabon jusqu'à Benguela. Nicolas, Chassaniol, Gaigneron, Griffon en étudient les symptômes et, en 1868, Santelli en rapporte un cas intéressant. Mais le travail de beaucoup le plus complet est dû à Guérin, en 1869, qui en l'espace de douze ans, eut l'occasion d'en observer 148 cas. Cowe, Hans, Zieman, Leroy de Méricourt, Griffon, du Bellay, Aigumosa, Béranger-Féraud contribuèrent à augmenter nos connaissances sur les points particuliers. Le tableau clinique de la maladie du sommeil était à peu près fixé dans ses grandes lignes, mais on ignorait encore l'origine et la nature de cette affection. Si MM. Cagiga et Lepierre en avaient soupçonné la nature infectueuse, et si successivement M. Forbes, M. Fergusson, M. Marchoux, M. P. Manson en avaient attribué le développement soit à l'ankylostome duodénal, au diplocoque de Talamon-Fraenkel, à la Filaria pertans, ou encore à des bacilles spécifiques, il faut arriver en 1901 pour voir Dutton découvrir le trypanosome pathogène. Retrouvé en 1908 par Castellani dans le liquide céphalo-rachidien de sujets atteints d'hypnosie, ce trypanosome fut identifié par M. Bruce, qui confirma le rapport étiologique entre le trypasonome et la maladie du sommeil. Depuis lors, ces faits ont été confirmés par un grand nombre d'auteurs et peuvent être considérés comme acquis définitivement.

Enfin, depuis la découverte du parasite pathogène, MM. Brumpt, Bruce, Nabarro et Greig ont montré par des expériences précises que l'infection de l'organisme se faisait dans la plupart des cas par l'intermédiaire d'une mouche : glossina palpalis, dont la piqûre inocule le germe infectieux.

Distribution géographique. — L'hypnosie exerce particulièrement ses ravages dans l'Afrique centrale ; elle a été signalée par M. Bumpt depuis Dakar au nord jusque Benguela au sud. Beaucoup de grandes villes ne sont pas contaminées, tandis que l'on observe la maladie dans l'hinterland de ces colonies. La maladie du sommeil ne règne à l'état endémique que dans certaines réfions de l'Afrique équatoriale : bassin du Sénégal, Casamance, Zambèse, Haute-Guinée, hinterland de Sierra Leone, de la République de Libéria et de la Côte-d'Ivoire, bassin du Haut-Niger, Côte-d'Or, Togoland, Benin, Cameroun, Congo français, Etat indépendant du Congo, Loanda. Un foyer important existe dans l'Ouganda et s'est notablement étendu pendant ces dernières années. L'Egypte paraît menacée grâce aux rapports qui existent entre la vallée du Nil et la région des Grands Lacs.

L'hypnosie, qui naguère n'était qu'une curiosité médicale, peut donc dans un avenir prochain prendre une importance considérable pour l'avenir économique du continent africain.

Etiologie. — *a)* Causes prédisposantes. — L'hérédité, le sexe ou l'âge ne paraissent posséder qu'une influence des plus discutables. Hommes et femmes sont également frappés; seuls les enfants à la mamelle semblent épargnés. La race constitue un facteur étiologique des plus importants; l'hypnosie est essentiellement une maladie de la race noire; cependant, dans ces dernières années, de nombreux observateurs, MM. Patrick, Manson, Dutton et Todd, Broden, Brumpt, Dupont en ont signalé des cas chez des blancs et depuis ces observations il semble que ces faits se sont multipliés d'une manière alarmante. La misère, l'encombrement, l'humidité excessive du sol constituent dees circonstances favorisantes au développement du fléau.

b) Causes déterminantes. — Ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, le développement de l'hypnosie est strictement lié à l'introduction dans l'organisme d'un agent infectieux particulier : le

Trypanosoma gambiense

Le *trypanosoma gambiense*, dont nous ne ferons pas ici l'étude cytologique, se rencontre dans le sang, le liquide céphalo-rachidien des sujets atteints d'hypnosie. Rien n'est plus facile que de le mettre en évidence dans les liquides de l'organisme suivant la méthode de MM. Laveran et Mesnil. Le protoplasme, les centrosomes, le noyau, la membrane ondulante et le flagelle sont alors colorés électivement. On ne retrouve dans le corps des trypanosomes ni vacuoles digestives, ni corpuscules solides. D'après Van Campenhout, le trypanosome trouverait les meilleures conditions d'existence dans le sang, tandis que dans le liquide céphalo-rachidien il ne paraît pas susceptible de se multiplier. C'est dans le suc des ganglions lymphatiques qu'on le décèle le plus facilement et c'est là qu'il faut le chercher lorsque l'examen du sang reste infructueux. Le meilleur moyen pour étudier le trypanosome consiste à l'examiner dans le sang d'un animal sensible (chien, *rat*) inoculé avec une goutte de liquide céphalo-rachidien. Le parasite se conserve vivant à la température du laboratoire pendant cinq à six jours dans le sang virulent mélangé à de l'eau physiologique ou à du sérum de cheval. Le survie est beaucoup plus longue dans les tubes remplis de sérum de lapin gelosé.

Le trypanosome s'inocule facilement au singe (macacus rhesus et

cynanolgus, cercopithecus ruber et callitrichus, cebs capucinus). Chez le chien, l'infection est facile et détermine la mort en deux mois en hypothermie (Würtz et Brumpt). L'évolution est rapide chez la marmotte et le hérisson, plus lente chez le lapin et le cobaye, de même que chez le cheval.

Introduit dans l'organisme, le *trypanosoma gambiense* se multiplie de la manière suivante : le noyau se divise amitotiquement, le flagelle se partage en partant du centrosome. D'après MM. Salvin Moore et Breinl, au moment de la division du noyau, il y aurait une copulation d'un ordre particulier entre les deux masses chromatiques du trypanosome.

La défense de l'organisme contre le trypanosome n'est pas complètement élucidée. Cependant les travaux de MM. Rodet et Vallet inclinent à faire admettre que si la phagocytose joue plutôt un rôle effacé, la rate constitue l'appareil de défense le plus énergique contre la pullulation des parasites. Il se produit dans la rate, une trypanolyse par laquelle l'organisme tente de se débarrasser des trypanosomes. Ce rôle de la rate serait confirmé d'ailleurs par les resultats de l'expérience suivante : si l'on mélange à un suc de rate des trypanosomes, ceux-ci s'altèrent très vite, tandis qu'ils se conservent beaucoup plus longtemps dans le sang défibriné.

Modes d'infection de l'organisme. -- Il est démontré aujourd'hui que le mode de propagation de la maladie du sommeil se fait, dans l'immense majorité des cas, par l'intermédiaire d'une mouche dont l'habitat est l'Afrique centrale : la glossina palpalis. Leur milieu de vie habituel est la grande végétation du bord des eaux courantes ; elles ont besoin d'une température peu élevée (25° la nuit et 30° le jour) coïncidant avec un degré hydrométrique constamment élevé. Dans une zone donnée, la *glossina palpalis* se localise en certains points ou gîtes en rapport avec la présence de l'homme ou du gros gibier. Les mouches des deux sexes sucent le sang et piquent dans la journée et le soir, rarement pendant la nuit. Leurs piqûres ne sont pas douloureuses.

On n'est pas encore complètement fixé sur les métamorphoses subies par le trypanosome durant son séjour dans l'organisme de ce glossine : y subit-il une transformation ? Les recherches récentes de M. Rombaut donnent lieu de le penser. Ce qui est certain, c'est que vingt-quatre à quarante-huit heures après avoir piqué, les mouches sont déjà capables s'infecter un individu sain.

Si le rôle de la glossina dans la propagation de la maladie est indiscutable, on peut néanmoins se demander s'il n'existe pas d'autres

modes de propagation et si la piqûre constitue dans tous les cas le mode d'introduction dans l'organisme.

En effet, il est certains faits qui s'expliquent malaisément par la piqûre de la glossine ; ce sont ces faits que Koch récemment mit en lumière. Ayant observé dans un village du pays de Kisiba, où la glossine est inconnue, que quinze personnes étaient atteintes par l'hypnosie, cet éminent observateur se demanda si la maladie ne pouvait pas se transmettre par les rapports sexuels. Et de fait, toutes les femmes frappées vivaient ou avaient vécu avec des hommes qui étaient infectés ou qui étaient morts de la maladie ; en second lieu, un malade avait trois femmes qui toutes trois étaient atteintes de trypanosomiase.

Pour les membres de la commission française, cette interprétation de Koch ne suffirait pas à expliquer tous les faits. Ils n'ont pas constaté, en effet, que les épidémies se limitassent aux femmes mariées et supposent que la contagion peut être réalisée par certains insectes domestiques : les moustiques du germe Stégomia, par exemple. On conçoit que dans la promiscuité des cases indigènes de pareilles conditions puissent se réaliser.

Anatomie pathologique. — Nous savons aujourd'hui qu'il s'agit d'une encéphalite diffuse avec infiltration du cortex par des cellules plasmatiques et que le tableau anatomique ressemble traits pour traits à celui de l'encéphalite paralytique. Les lésions de la moelle sont celles d'une méningo-myélite diffuse.

Etude clinique

Première période, période initiale ou d'infection sanguine. — La piqûre de la glossine, peu douloureuse, passe souvent inaperçue ; cependant plusieurs Européens ont remarqué des phénomènes de réaction locale : gonflement précoce et douloureux des ganglions tributaires de la région piquée. Dans la plupart des cas, l'inoculation n'est suivie immédiatement d'aucun symptôme et la maladie reste latente pendant un temps qui peut se chiffrer par années. Guerin, aux Antilles, a signalé des cas de maladie du sommeil chez des nègres qui avaient quitté l'Afrique cinq à huit ans auparavant. D'autre part, MM. Martin et Lebœuf rapportent des cas où l'inoculation n'a pas demandé huit jours et considèrent cette durée comme la plus habituelle.

Un des phénomènes qui apparaît le plus tôt consiste en une hyperesthésie profonde décrite d'une manière saisissante par Kérandel.

L'hyperesthésie se révèle, dit cet auteur, lorsque les tissus mous sont comprimés brusquement, par exemple dans le pincement, le coincement, le choc avec compression des parties molles entre l'os et un plan résistant. Atteints de cette hyperesthésie, les malades prennent une foule de précautions pour éviter les multiples causes de chocs ou de frottements auxquels expose la vie journalière. La crainte de la douleur devient dans certains cas une véritable obsession. Fait à remarquer, la douleur ne se produit pas au moment du choc, mais quelques secondes après; elle éclate alors vive, cuisante et diminue rapidement pour s'effacer au bout de deux à cinq minutes.

Outre cette hyperesthésie diffuse, on peut constater à cette période initiale une hypertrophie ganglionnaire prononcée. Les ganglions les plus fréquemment intéressés sont les ganglions cervicaux de la chaîne trapézo-martoïdienne. Signalée depuis longtemps par Ogle, cette adénopathie, dont on a voulu contester l'authenticité, manque rarement dès la phase initiale de l'hypnosie, cette tuméfaction peut même être diffuse et s'étendre à tous les ganglions, déterminant des adénopathies multiples analogues à celles de la syphilis à la période secondaire. Ces adénopathies disparaissent ou s'atténuent lorsqu'apparaissent les phénomènes méningés.

En même temps que ces hypertrophies des ganglions se montrent d'une part la tuméfaction du foie et surtout de la rate et, d'autre part, des accès de fièvre, phénomènes qui l'un et l'autre traduisent l'infection générale de l'organisme par le trypanosome gambiense. Ces accès d'hyperthermie des plus irréguliers, non influencés par la quinine, s'accompagnent de violents maux de tête et laissent après eux une sensation accusée de faiblesse dans les jambes. Pour ce qui est de la courbe thermique, tantôt elle affecte le type rémittent, tantôt le type intermittent, tantôt enfin il existe un déséquilibre thermique persistant analogue à celui qu'on voit chez certains tuberculeux. La respiration et le pouls sont accélérés même en dehors des périodes d'hyperthermie.

Nous devons signaler aussi l'existence de certains phénomènes plus inconstants: l'œdème de la face, des malléoles, de la région sternale, certaines tuméfactions inflammatoires du pannicule sous-cutané qui disparaissent sans suppuration, des poussées d'orchite, des manifestations oculaires, cyclites, iritis; enfin des éruptions cutanées érythémateuses, très visibles sur la peau des blancs et se traduisant chez les sujets de couleur par un prurit intense; un exanthème papuleux ou même papulo-vésiculeux sur la région sternale (A. Rey).

Durant cette période, l'état général est relativement peu touché, les fonctions digestives ne sont que peu troublées; l'état psychique

est cependant déjà altéré. Le sujet devient apathique, morose, son faciès exprime une tristesse invincible contrastant avec la gaîté et l'insouciance qui constituent le stigmate psychologique de la race. A cette apathie viennent s'ajouter une torpeur, une indolence caractéristiques; tel malade jusque là actif et laborieux n'accomplit plus son travail accoutumé, se néglige, devient malpropre, cherche à s'isoler de ses camarades pour s'éviter la fatigue d'une conversation. Leur physionomie muette, comme hébétée, reflète exactement leur état mental; les yeux perdus dans le vague, le regard semblant éteint, comme à demi voilé, les paupières supérieures légèrement abaissées, le malade tend déjà à s'immobiliser, à fuir tout mouvement, à se plonger dans cet état voisin de la somnolence qui caractérise la maladie à sa deuxième période.

Deuxième période ou période d'infection méningée. Cette phase est essentiellement caractérisée par l'apparition de symptômes indiquant à n'en pas douter la participation des centres nerveux supérieurs. A cette époque de l'infection apparaît constamment la somnolence invincible tellement caractéristique qu'on la retrouve dans la désignation même de la maladie.

L'indolence, la rêverie se transforment insensiblement en une profonde torpeur; celle-ci peut en effet s'établir de façon progressive, mais dans bien des cas, tous les auteurs l'ont observé, la somnolence se manifeste sous forme d'accès brusques, véritables attaques narcoleptiques. En règle générale, ces accès de narcolepsie sont précédés par des phénomènes importants: c'est le ptosis bilatéral s'accentuant même jusqu'à l'occlusion palpébrale complète, c'est la céphalée frontale ou duffuse, sus-orbitaire parfois. La survenance du ptosis indique l'imminence de l'attaque de sommeil et dès que le malade a satisfait à ce besoin, le ptosis disparaît. Il n'en est plus de même lorsque la maladie évolue et, loin de rétrocéder, la paralysie des releveurs des paupières ne fait que s'accentuer et persiste entre les accès.

Les crises narcoleptiques paraissent, au début de cette période tout au moins, survenir surtout au moment des repas ou immédiatement après.

Ainsi qu'il en est dans les différentes narcolepsies, l'invasion du sommeil peut être brutale, instantanée: s'il survient au cours d'une conservation, le malade s'endort sans achever la phrase commencée: au cours d'un repas, le sujet s'endort la bouche pleine; la tête s'incline sur la poitrine, le sommeil est complet sans raideur, sans aucun spasme. Il est possible, au cours des premières attaques, de tirer le malade de sa somnolence par des excitations violentes et répétées:

mais lorsque les crises se sont renouvelées fréquemment, le sommeil devient plus profond et toute tentative pour éveiller le dormeur reste impuissante.

Les grandes fonctions organiques sont relativement indemnes : la langue reste propre; on constate un peu de diarrhée (Dangaix) ou de constipation (Guérin); le tube digestif apparaît normal. Du côté du système nerveux, on relève soit l'augmentation des réflexes tendineux, soit leur diminution; les réflexes cutanés ne sont pas pervertis. La marche est un peu hésitante, légèrement chancelante; la motricité est affaiblie d'une manière générale, mais sans qu'il y ait paralysie vraie.

A partir de ce moment, la maladie fait de rapides progrès. Les crises de sommeil se renouvellent plusieurs fois par jour et prennent le malade dans n'importe quelle position, même au cours de l'exécution d'un mouvement simple et rapide, comme dans le fait de Nicolas, qui se rapporte à un malade qui, pressé de boire, n'eut pas le temps d'approcher le verre de ses lèvres qu'il était déjà endormi. Plus tard, les crises de sommeil se rapprochent, deviennent subintrantes, et le malade est plongé dans une somnolence continue dont rien ne peut le tirer. Si on examine le malade avant cette période ultime de l'affection, on observe entre les crises de somnolence une série de symptômes importants dans la sphère du système nerveux central. La démarche est lourde, chancelante, titubante; constamment l'équilibre est troublé; Santelli notait en outre, dans la station debout, un tremblement généralisé. La faiblesse et la parésie musculaire font que la position debout est difficile à maintenir; aussi, affaissé sur lui-même, le malade appuie-t-il les mains sur les hanches ou les membres inférieurs pour garder l'attitude demandée. Bientôt la station debout devient impossible, le malade s'affaisse comme une masse inerte. Au niveau des muscles de la face, de la langue, il est fréquent d'observer un tremblement menu, fibrillaire, très analogue à celui de la paralysie générale. Les paralysies complètes sont rares; cependant M. P. Manson a vu la paralysie d'un nerf facial; MM. Günter et Weber, Bettencourt ont noté les paralysies des extrémités; Corre a relevé dans un cas l'existence d'une hémiplégie doublée d'une hémianesthésie, indice certain d'une lésion encéphalique enfoyer.

La sensibilité subjective et objective en dehors de l'hyperesthésie de la première période n'est point troublée; d'après Rey, la sensibilité serait, d'une manière générale, un peu affaiblie. Nicolas n'a observé, par contre,ni anesthésie, ni analgésie. Il n'existe pas, dans la forme classique de l'hypnosie, d'incontinence vraie des sphincters; lorsque ceux-ci se relachent, en dehors de la période marastique terminale.

il faut en chercher la raison dans la torpeur intellectuelle ou la constante somnolence des sujets. Le sens génital est aboli, dit Corre, et chez la femme on a pu voir la maladie s'accompagner à son début de la suppression des règles (Senès).

Pendant que se constitue tantôt en quelques semaines, tantôt beaucoup plus rapidement ce tableau clinique, les symptômes d'infection générale continuent de se manifester. La fièvre persiste irrégulière, les œdèmes, les éruptions cutanées ne rétrocèdent pas, non plus que la tuméfaction de la rate. En revanche, il arrive que les adénopathies diminuent de volume et même disparaissent complètement (Jeanselme et Rist).

Phase terminale ou de cachexie marastique. — Tandis que pendant longtemps les sujets gardent leur embonpoint, dès que le sommeil devient permanent le pannicule adipeux, puis les masses musculaires se mettent à fondre; l'amaigrissement extrême et rapide exprime alors d'une manière saisissante la déchéance définitive de l'organisme. Les appareils circulatoire et respiratoire, jusqu'ici indemnes, traduisent leur souffrance par de la tachycardie, parfois un rythme de cœur fœtal. La tension artérielle baisse dans des proportions considérables et atteint même des chiffres aussi bas que ceux qu'on observe dans la maladie la plus hypotensive : la maladie d'Addison. La tension artérielle s'abaisse, en effet, jusqu'à 8, 6, 5 cent. de Hg. L'appétit s'altère, les malades refusent de manger en partie à cause du mauvais état des voies respiratoires et surtout en raison de leur répugnance pour tout mouvement. La langue est sale, l'haleine fétide, le ventre apparaît contracté, affaissé; les selles sont décolorées. Les urines ne sont pas albumineuses.

Bientôt du fait des relâchements des sphincters, du séjour prolongé dans la même situation se développent des escarres au sacrum, aux genoux, aux trochanters, point de départ parfois de l'infection terminale qui interrompt le cours de la maladie.

Si, même dans l'état de somnolence, les excitations suffisamment énergiques et répétées pouvaient tirer le malade de son engourdissement, aux dernières périodes toutes les tentatives faites dans ce sens restent infructueuses; insensiblement le sommeil se transforme en coma dont la durée peut se prolonger durant deux ou trois jours (Rey).

A cette période marastique, toutes les grandes fonctions sont considérablement ralenties et il n'est pas exceptionnel de constater un abaissement marqué de la température centrale allant jusqu'à 35°4 et même 34°2, d'après Bérenger-Féraud.

Formes cliniques atypiques. — Si les premiers auteurs qui étudièrent la maladie du sommeil relevèrent certains traits qui n'appartiennent pas au tableau clinique habituel de l'hypnosie, il faut avouer cependant que les formes anormales de la maladie ont été surtout remarquablement étudiées pendant ces dernières années. Sans vouloir ici décrire complètement les modalités symptomatiques et évolutives de la maladie du sommeil, nous ne pouvons cependant pas les passer sous silence, en raison de leur importance relativement à la nature de la maladie et en raison aussi des rapprochements que ces formes permettent d'établir entre l'hypnosie et certaines encéphalopathies infectieuses dont la paralysie générale est le type le plus achevé.

1° *Forme avec convulsions* (forme atavique de Rey). — Avant d'être plongé dans la somnolence, le malade présente des accès convulsifs généralisés, accès qui se produisent non pas au cours d'une attaque narcoleptique, mais en pleine connaissance. A la suite des crises convulsives, le malade est pris d'un sommeil profond.

Dans certains cas, les attaques convulsives se répétant à de courts intervalles, deviennent subintrantes et durent jusqu'à la mort.

2° *Forme délirante*. — Les faits qui constituent cette forme se rapportent à des sujets chez lesquels les accès de narcolepsie sont entrecoupés d'accès d'excitation maniaque ou surtout de délire à base hallucinatoire évoluant chez un sujet somnolent, par conséquent enté sur un fonds de confusion mentale. On retrouve dans ces épisodes délirants hallucinatoires et confusionnels tous les traits des délires de rêve des infections ou des intoxications dont M. Régis a magistralement établi la synthèse clinique, la nature et la place à leur revenir dans la nosographie psychiâtrique.

3° *Forme cataleptique*. — Signalée par A. Rey, cette forme aurait pour caractère de s'accompagner d'attitudes cataleptoïdes de cette *flexibilitas cerea* des muscles volontaires que l'on rencontre dans un grand nombre d'états somnolents, particulièrement dans les narcolepsies névrosiques (hystérie) ou toxiques (urémie).

4° *Forme médullaire*. — MM. Louis Martin et G. Guillain ont décrit une forme spéciale de trypanosomiase caractérisée exclusivement par des manifestations en rapport avec des lésions spinales. La maladie débute par des courbatures, une faiblesse générale, des crampes dans les extrémités, des douleurs profondes. Puis l'amaigrissement survient émaciant les membres. La marche devient difficile, puis im-

possible. Dans le cas rapporté par MM. Martin et Guillain, l'amyotrophie s'étendait, diffuse, aux deux membres inférieurs, frappant toutefois avec une intensité particulière les muscles du mollet et de la face postérieure de la cuisse.

Tous les mouvements peuvent être exécutés, mais avec beaucoup moins de force qu'à l'état normal. Du côté des membres supérieurs, l'amyotrophie porte sur la main et s'accompagne d'une succulence des téguments vraisemblablement liée à des troubles vaso-moteurs. Il n'existe aucun phénomène anormal dans la musculature de la face ou des yeux.

Outre les troubles moteurs, on note des modifications très nettes de la sensibilité objective ; dans le fait des auteurs précités, l'anesthésie portait sur le pied et la face externe de la jambe, c'est-à-dire sur les territoires cutanés innervés par la cinquième racine lombaire et la première racine sacrée. Les réflexes tendineux sont exaltés, mais il n'existe pas de clonus du pied; les réflexes cutanés ou pupillaires sont normaux.

La ponction lombaire permet de constater l'existence d'une lymphocytose nette. Soumis au traitement par l'atoxyl, le malade de MM. Martin et Guillain recouvra l'intégrité de la motricité, la paralysie disparut complètement et l'amyotrophie s'améliora; seule persista une hypoesthésie totale douloureuse et thermique à la face dorsale du pied ainsi qu'une exagération légère des réflexes tendineux.

La forme médullaire de la maladie du sommeil a été retrouvée par MM. Nattan-Larrier et Sézary. Le cas de ces auteurs se différencie cependant du type de Martin et Guillain par la délimitation des phénomènes parétiques aux membres inférieurs et l'existence de troubles mentaux : impulsions motrices, fugues, somnolence.

MENINGITE TUBERCULEUSE

En dehors de l'apathie, de la torpeur et du coma, qui sont des phénomènes banaux et pour ainsi dire constants à la dernière phase de la méningite tuberculeuse de l'adulte ou de l'enfant, il existe des faits dans lesquels la méningite se traduit avant tout par une somnolence invincible et dont la méconnaissance peut égarer le diagnostic.

D'après MM. Lesage et Abrami, qui ont donné de la forme somnolente de la méningite tuberculeuse une excellente description, la maladie se caractérise par un syndrome fait de l'association des symptômes suivants : la somnolence, la fixité du regard, l'instabilité du pouls et l'amaigrissement. Dans un premier stade, la méningite se traduit par les phénomènes généraux communs à toutes les formes de

méningite bacillaire; ces symptômes durent depuis quelques jours lorsqu'apparaît la somnolence. L'enfant s'endort plusieurs fois par jour d'un sommeil tranquille, en apparence normal. Dans les cas où la somnolence éclate brusquement, ces accès de sommeil étonnent les parents qui viennent consulter pour cet unique phénomène. De ce sommeil, il est impossible de tirer le petit malade à l'aide de quelques excitations un peu fortes. Mais au bout de trente-quatre à quarante-huit heures la somnolence se prolonge, elle devient de plus en plus profonde, puis permanente. L'enfant reste dans le décubitus dorsal, les muscles en résolution, il ne s'éveille plus pour demander à boire. Si on cherche à l'éveiller, l'enfant ouvre des yeux étonnés fixes; le regard est vague, le malade semblant absorbé et comme étranger au monde extérieur. Lui présente-t-on le sein ou le biberon, à peine ébauche-t-il un vague réflexe de succion.

Enfin, au bout de quelques jours, cette perpétuelle somnolence se transforme en coma, la respiration devient lente, superficielle, irrégulière; la mort survient lentement et sans adjonction de phénomènes pathologiques nouveaux.

MM. Lesage et Abrami insistent sur la fixité du regard de l'enfant pendant le sommeil, l'absence du clignement palpébral, l'amblyopie, la disparition du réflexe conjonctival, phénomènes qui, associés aux altérations du pouls : les inégalités, la tachycardie, les arythmies, la bradycardie, à l'amaigrissement, aux modifications de la température, aux convulsions, au signe de Kernig (assez rares dans cette forme), permettent de porter le diagnostic de méningite tuberculeuse. Ce diagnostic sera confirmé par l'examen cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien.

CHAPITRE IV

Les narcolepsies toxiques

Des crises de sommeil paroxystique peuvent survenir au cours des intoxications les plus diverses, que celles-ci soient produites par l'action sur les centres nerveux d'un poison chimiquement défini, comme l'alcool, le plomb; d'un poison végétal, comme l'opium ou le haschich; de poisons microbiens ou encore qu'elles résultent de la production de substances toxiques élaborées au sein même de l'organisme. De ce fait, nous aurons donc à décrire les narcolepsies hétérotoxiques et les narcolepsies auto-toxiques.

I. LES NARCOLEPSIES HETERO-TOXIQUES

Nous ne voulons pas étudier ici en détail les narcolepsies qui succèdent à l'introduction dans l'organisme de poisons variés; il s'agit de faits très connus et relatés dans toutes leurs circonstances dans tous les livres classiques. Toutefois il est impossible de passer sous silence les attaques de sommeil qui surviennent, chez certains sujets prédisposés, du fait de l'absorption de substances toxiques. Parmi les plus importantes on peut citer le chloral, l'alcool, l'opium et ses dérivés, le haschich, enfin les anesthésiques généraux : le chloroforme, l'éther. Quel que soit le poison absorbé, les phénomènes présentés par les sujets se ressemblent de très près au point de vue de leur effet général sur l'organisme. Après une phase d'excitation d'une durée variable en rapport avec les aptitudes réactionnelles du sujet, survient une phase dans laquelle apparaît un impérieux besoin de dormir. Le sommeil y est en général profond, stuporeux mais il ne s'agit pas de coma, et de fortes réactions peuvent, dans l'immense majorité des cas déterminer des réactions de la part du dormeur. Le diagnostic de cet état est en général des plus faciles de par la constatation des symptômes accessoires : expressions pour ainsi dire spécifiques de l'action du poison.

Il est à remarquer que dans tous ces faits, le sommeil n'apparaît pas comme la première ni l'unique manifestation de l'intoxication, mais qu'il est précédé, accompagné ou suivi d'hallucinations plus ou moins groupées en un état onirique. Rien n'est donc plus facile que de les différencier des narcolepsies vraies, pures et spontanées.

Narcolepsies dans les infections générales. La nona. — Des attaques en tout comparables à celles qui caracrérisent la narcolepsie « essentielle » peuvent survenir soit au cours des infections générales, soit consécutivement à celles-ci. De toutes les infections, la grippe est celle qui, de beaucoup, détermine avec le plus de fréquence et le plus d'intensité les manifestations somnolentes. Il paraît étrange au premier abord que la grippe, qui aujourd'hui sévit d'une manière endémique dans les grands centres, ne cause pas plus souvent ces crises de narcolepsie si bien analysées par les auteurs d'autrefois et il semble même que les crises de « léthargie postgrippale » deviennent de plus en plus rares. Peut-être faut-il en chercher la raison dans une atténuation du virus de la grippe ou dans une immunisation des sujets qui en sont aujourd'hui atteints ? Il est inutile de rappeler, en effet, toute la différence qui sépare les épidémies de grippe actuelles si bénignes dans la généralité de celles qui, autrefois, causaient de si profonds ravages et à juste titre inspiraient de si graves terreurs, tandis que le germe pathogène sévissait sur un terrain vierge, si l'on peut dire.

Dans sa description de la grippe qui sévit à Tubingue en 1718, Cameranius nous apprend que les états de sommeil profonds et prolongés étaient si fréquents que l'affection avait reçu le nom de « *Schlafkrankheit* ». Les attaques de somnolence étaient si intenses qu'on a pu décrire un type de grippe caractérisé essentiellement par des crises de sommeil prolongé.

Lepecq de la Cloture rapporte qu'au cours d'une « fièvre putride militaire », succédant à la grippe en 1768, on observait fréquemment des assoupissements léthargiques, du « coma somnolentum ». Le sommeil profond dura cinq jours chez un homme de 28 ans ; il revint à plusieurs reprises chez un autre malade. Ozanam mentionne un grand nombre d'épidémies de fièvre catarrhale dans lesquelles il a observé des phénomènes de « soporosité ».

R. Longuet raconte dans une revue générale sur « la nona » qu'il a vu un jeune homme chez lequel survint, quatre jours après une attaque d'influenza, un besoin de sommeil irrésistible, et ce sommeil, qui durait jusqu'à dix heures, s'accompagnait d'une céphalée assez vive ; ce sommeil était, suivant le malade, plutôt accablant que réparateur.

De ces faits, dans lesquels une infection générale a déterminé à sa suite une somnolence plus ou moins prononcée, il nous faut rapprocher une maladie extrêmement intéressante et peu connue : la nona.

Le premier cas se rapportant à cette affection a été signalé par Tranjen de Sistow (Bulgarie). Il s'agissait d'un enfant de 2 ans

ayant l'apparence d'un enfant endormi; en résolution complète, il poussait de temps à autre des gémissements, réclamait à boire pour se rendormir aussitôt, portait par moments la main à la tête. La température ne dépassait pas 38°5 et l'examen le plus attentif ne révélait aucune maladie organique déterminée. Cette situation se prolongea pendant seize jours encore, puis le sommeil se transforma en coma et la mort survint. Dans un second fait, Tranjen observa les mêmes phénomènes, lesquels se terminèrent également par la mort, et pensa qu'il avait affaire à des cas de méningite cérébro-spinale; cette interprétation fut admise par Braun, qui considéra la nona comme une méningite greffée sur une pneumonie grippale, par Fr. Müller, pour lequel il s'agit simplement d'une infection comparable au typhus cérébro-spinal ou dothienentérie.

Les observations rapportées par Tranjen sont les seules dans lesquelles la nona ait eu une issue fatale. Même dans les cas en apparence désespérés, la guérison survint par disparition progressive de l'état de somnolence. Nous pouvons rappeler, par exemple, les observations de MM. Hammerschlag et Priester. La première a trait à un jeune homme de 14 ans, sans aucun antécédent névropathique ou autre, qui fut atteint de grippe au mois de janvier. Il avait repris son travail lorsque, le 8 avril au matin, il se sentit fatigué, éprouva une céphalée temporale et occipitale: il se rendormit si profondément qu'il fut impossible de le réveiller dans la journée. Il n'existait ni raideur de la nuque, ni paralysies, ni contractures. On constatait seulement une anesthésie des régions frontale, faciale inférieure, nasale et thoracique antérieure. Le pouls battait à 68 par minute, la respiration était calme et la température ne dépassait pas la normale. L'aspersion d'eau froide déterminait une certaine réaction du sujet, lequel poussait des cris vigoureux, mais ne pouvait amener le réveil. Interpellé à haute voix, le malade répondait que « ça l'oblige à dormir ». L'alimentation se faisait difficilement; au sixième jour, la sensibilité réapparut au niveau des territoires anesthésiés et le sommeil devint moins profond; le dixième jour, le réveil était complet et il ne persistait qu'une certaine tendance à l'endormissement, une exagération de l'appétit du sommeil si l'on veut.

L'observation de M. Priester se rapporte à un paysan de 54 ans, qui fut atteint, au mois de février, de grippe; depuis il se plaignait de céphalée et d'inappétence. Puis, progressivement, apparaît une tendance invincible au sommeil sans aucun mouvement fébrile; parfois survenait une crise de sommeil qui se prolongeait pendant quatre semaines. On éveillait le malade pour l'alimenter et il se rendormait aussitôt. Le sommeil était absolument calme. Le malade finit

par guérir. Pannenheimer, Halager et Barret ont observé des faits tout à fait analogues. Peut-être même doit-on faire entrer dans la même catégorie les faits de Frome Yong, de Sharp, de Whipham, bien que dans ces cas l'étiologie infectieuse grippale soit bien moins évidente.

Quant au cas observé par M. Henry, il serait vraiment difficile de le ranger dans le cadre de la nona, car chez le malade qui fait l'objet de cette observation, rien n'indique que la crise de sommeil ait été précédée ou suivie de manifestations fébriles et le tableau clinique plaide en faveur d'une vulgaire crise de narcolepsie. Vouloir élargir ainsi le domaine de la nona c'est lui enlever tout caractère clinique et partant toute valeur étiologique. Si l'on veut que le terme si combattu de Nona ait droit de cité dans les livres de pathologie, il faut en délimiter étroitement les limites et en préciser les caractères. Aussi bien croyons-nous, d'accord avec R. Longuet, que la dénomination de nona doit être strictement réservée à une manifestation d'origine grippale caractérisée essentiellement par un sommeil profond, très prolongé, survenant d'ordinaire à une période assez éloignée de la grippe primitive et qui présente des caractères particuliers. Ces caractères sont constitués par le sommeil invincible, profond, presque comateux; par l'absence de fièvre, de paralysies ou de contractures, du signe de Kernig, d'accélération des mouvements cardiaques ou respiratoires; par l'existence d'un abattement excessif accompagné de céphalée frontale et occipitale précédant de plus ou moins la somnolence. La mort est l'exceptionnelle terminaison de cet état patholologique.

En tenant compte des caractères que nous venons de mentionner et en évitant de ranger dans le cadre des narcolepsies infectieuses, grippales et postgrippales des faits de léthargie hystérique analogues à ceux qu'ont rapportés MM. Nathan Raw et Inglott, le terme de « nona » peut parfaitement être conservé en le réservant, nous le répétons, aux états somnolents consécutifs à la grippe et indépendants de toute lésion matérielle grossière du cerveau ou de ses enveloppes, éliminant ainsi la méningite grippale, la néphrite et l'urémie grippales ou les infections méningées, particulièrement la méningite cérébro-spinale, dont les rapports avec l'influenza sont trop connus pour que nous y insistions.

Encore qu'ayant subi des vicissitudes diverses et reniée dans le pays où elle fut observée pour la première fois, il nous paraît que la nona ne mérite pas de tomber dans un oubli injustifié et que ce n'est point pêcher par excès que de soutenir que tout n'est pas fable dans la soi-disant « leggenda della Nona ».

II. LES NARCOLEPSIES AUTO-TOXIQUES

Obésité. — Les crises de narcolepsie ont été observées chez les obèses par MM. Debove, Samain, Sainton, Lorand, Lamarcq. Il s'agit presque toujours de gros mangeurs exerçant une profession sédentaire, présentant de légers troubles dyspepsiques, de l'emphysème pulmonaire avec ou sans hypertrophie cardiaque; parfois on relève une teinte plus ou moins accentuée d'éthylisme. Le début de l'attaque n'est pas soudain et sauf dans un fait de Morrison, les malades présentent des réactions de défense dont nous avons parlé plus haut. Pendant le sommeil, le facies est bouffi, les paupières gonflées, les lèvres cyanosées (Lamacq). Au réveil, le malade ressent une sensation d'angoisse indéfinissable (Sainton).

Parfois les malades en arrivent à présenter un état somnolent presque continu. Les urines émises soit avant, soit après les crises ne contiennent aucun élément anormal. Si le traitement bromuré parvient souvent à guérir la narcolepsie de l'épilepsie, le sommeil paroxystique des obèses disparaît également si les patients consentent à suivre strictement la cure d'amaigrissement (Debove, Sainton).

Dans des faits rares (A. Robin), cette narcolepsie survenant chez des polysarciques peut annoncer l'imminence d'un diabète et son pronostic se trouve de ce fait aggravé. Signalons enfin que l'on peut voir la narcolepsie coexister chez le même sujet avec l'insomnie (Gélineau, Samain, Robin, Forestier).

Diabète. — Les crises de narcolepsie sont des plus fréquentes au cours de cette affection; elles ont été signalées par un grand nombre d'auteurs et il est aujourd'hui classique de dire qu'elles peuvent en être le signe révélateur. En soi, elles ne possèdent aucun caractère particulier; ce qui fait leur intérêt, c'est qu'elles semblent jusqu'à un certain point suivre l'évolution même du diabète et se dissiper dès que le sucre diminue ou disparaît (Ballet).

Urémie. — Ici la crise narcoleptique présente un ensemble symptomatique assez spécial pour être reconnue d'emblée. Brissaud et Brissaud et Lamy, qui ont pu en observer deux cas, la décrivent de la manière suivante : Ces malades sont dans le décubitus dorsal les yeux clos ou mi-clos; ils paraissent en proie à une stupeur profonde ou semblent par instants vaguement suivre les péripéties d'un rêve. Soulevés, les membres gardent presque indéfiniment les attitudes qu'on leur imprime; les muscles non contracturés présentent cette rigidité spéciale analogue, sinon identique, à la flexibi-

litas cerea de l'hystérie. Parfois le sommeil est traversé d'hallucinations ou de délire, mais ces phénomènes essentiellement passagers laissent néanmoins à la catatonie brightique ses caractères fondamentaux.

Nous devons ajouter que si telle est la narcolepsie grave des urémiques, on peut observer dans les néphrites atrophiques des crises de sommeil invincible dans lesquelles la catatonie fait complètement défaut et qui sont calquées exactement sur les crises de narcolepsie essentielle. Nous avons eu l'occasion de suivre une malade brightique avec hypertension artérielle prononcée chez laquelle survinrent des attaques de narcolepsie qui se transformèrent en un état de somnolnece sub-continue; ces phénomènes disparurent par l'application d'un régime alimentaire sévère.

Myxœdème, insuffisance thyroïdienne. — Certains auteurs, frappés de la ressemblance que présentent les sommeils pathologiques avec la somnolence des malades atteints de myxœdème, tentèrent d'expliquer la survenance des crises de narcolepsie ou de somnolence profonde par une insuffisance de la sécrétion de la glande typhoïde. Si quelques faits exceptionnels semblent plaider en faveur de ce rapprochement et paraissent justifier cette hypothèse, il faut avouer que jusqu'à présent elle n'est étayée par aucun fait démonstratif. Il importe en effet de séparer la torpeur physique et mentale du myxœdémateux du véritable sommeil, qui est tout autre chose; il est à remarquer, d'autre part, que les crétins ou les myxœdémateux ne présentent pas de crises subites de sommeil invincible, qui seules doivent rentrer dans le groupe des narcolepsies. L'observation rapportée par M. Mongour, qui a trait à un sujet obèse atteint de vraies crises narcoleptiques, ne nous paraît pas entièrement probante. Il n'y avait, en effet, aucun signe d'insuffisance thyroïdienne, le sujet était un gros mangeur polysarcique, et eussions-nous classé ce fait dans le cadre des narcolepsies de l'obésité si l'opothérapie thyroïdienne n'avait déterminé la guérison des attaques de sommeil tandis qu'elle laissait intacte l'obésité.

Insuffisance hépatique. — A la période ultime des maladies du foie, il n'est pas rare d'observer des accès de sommeil qui, progressivement, deviennent subintrants et plongent le malade dans une torpeur voisine du coma. Mais d'autres fois l'accès somnolent se manifeste alors que l'affection en est encore à sa phase d'état ; les obsrevations de Bouland et de M. L. Levi en sont des témoignages saisissants. Le diagnostic de la nature de la narcolepsie ne présente

toutefois aucune difficulté particulière, car c'est entouré des manifestations plus ou moins bruyantes de l'insuffisance hépatique que se déroulent les crises de narcolepsie. Il suffit donc d'être prévenu pour éviter une méprise.

CHAPITRE V

Les narcolepsies des névroses. Hystérie, Épilepsie, Hypnose

I. HYSTERIE

Sans aborder ici la question de savoir si le terme de narcolepsie s'applique heureusement aux crises de sommeil pathologique que l'hystérie peut provoquer, puisque la discussion de ce problème viendra au chapitre de la pathogénie, il nous faut indiquer les caractères cliniques et l'évolution des accidents somnolents dans l'hystérie.

Ces accidents ne sont pas rares et de tout temps ont suscité la curiosité des observateurs en raison des circonstances presque surnaturelles au milieu desquelles ils se produisent et aussi de leur durée particulièrement prolongée. Nous n'en finirions pas si nous voulions rappeler tous ces faits en apparence extraordinaires sur lesquels la sagacité des cliniciens de la période mediévale s'est exercée. Le cas célèbre d'André Vésale, raconté par Ambroise Paré, en est un exemple saisissant; Jeannette d'Abadie s'endormait à la messe; Bodin raconte qu'il a eu connaissance d'une femme qui s'endormait spontanément et chez laquelle, pendant le sommeil, les excitations les plus violentes ne déterminaient aucune réaction. Les faits d'apoplexie hystérique ou de coma, décrits par Louyer-Villermay, Landouzy, Boutges, Lasegue, MM. Pitres, Debove, Achard ne sont autres que les crises de sommeil profond survenues subitement à la manière d'une apoplexie cérébrale.

La crise de narcolepsie hystérique peut survenir brusquement, sans aucun prodrome, mais le plus souvent elle s'annonce par quelques manifestations assez particulières lesquelles, par leurs caractères et leur mode de groupement, peuvent permettre d'établir le diagnostic étiologique de l'attaque d'hypnolepsie. Cette attaque n'est d'ailleurs, selon Gilles de la Tourette, pour ainsi dire jamais le symptôme initial de l'hystérie et frappe seulement les sujets chez lesquels ont évolué des accidents convulsifs. Ceux-ci peuvent même être l'origine de l'attaque somnolente.

La crise de sommeil s'annonce par de la céphalée, des bourdonnements d'oreille, des battements carotidiens, des douleurs névralgi-

ques dans le dos (Barth), un malaise indéfinissable, un engourdissement douloureux qui de la partie moyenne d'un membre remonte vers la tête (Armaingaud), des bâillements, des hallucinations de l'ouïe, des battements involontaires des paupières (Parmentier), puis la face devient rouge la physionomie prend une expression chagrine et le sujet sombre en avant ou s'adosse à un point d'appui.

Pendant la période d'état, le sujet peut présenter tous les caractères du sommeil naturel : les membres ne sont ni souples, ni rigides, bien qu'ils puissent présenter pendant les premières minutes des attitudes cataleptoïdes; les paupières sont animées de battements plus ou moins perceptibles, les pupilles sont moyennement dilatées, la bouche est fermée, la respiration est régulière, le pouls légèrement ralenti ou accéléré, la peau est fraîche (Briquet), la température reste invariable.

Si telle est l'attaque d'hypnolepsie hystérique réduite à sa plus simple expression, schématique si l'on veut, il s'en faut qu'elle ne puisse se présenter sous cette forme, les cas de Briquet le démontrent nettement. Aussi cet auteur avait-il insisté sur ce fait que les attaques représentaient un véritable sommeil. Néanmoins, dans la plupart des cas, le tableau clinique est moins simple et se charge de traits nouveaux, importants à connaître puisque, assez souvent, c'est grâce à eux que peut être dépistée la cause de ce sommeil pathologique.

Outre les contractions spasmodiques des paupières, on constate une contracture prononcée des mâchoires, un trismus que rien ne peut vaincre et qui gêne l'alimentation artificielle à laquelle on a souvent besoin de recourir dans les faits de ce genre.

Du côté des membres, il n'est pas rare de constater également soit des contractures, soit des spasmes passagers. Le rythme respiratoire est troublé, les inspirations sont irrégulières, inégales, saccadées, parfois la respiration prend le type de Cheyne-Stokes; il en est de même du rythme cardiaque; très souvent, les battements du cœur s'accélèrent au point que le pouls atteint 120, 130 par minute; plus rarement ils se ralentissent et le chiffre des pulsations s'abaisse à 60 par minute (Briquet).

Les téguments sont le siège de troubles vaso-moteurs : la face présente des alternatives de pâleur et de rougeur subites par exemple; et surtout, phénomène capital, la peau et les muqueuses sont insensibles à toute excitation.

L'anesthésie de la peau est plus profonde que celle des muqueuses, mais parfois on peut porter les substances les plus irritantes sur le globe oculaire, les muqueuses du nez, de la bouche, sans obtenir

le moindre effet. Les anciens auteurs soutenaient que les muqueuses génitales surtout chez la femme étaient moins anesthésiées et présentaient même parfois de l'hyperesthésie, mais ce fait, que l'on s'explique facilement si l'on songe combien profondément enracinée dans les esprits était la théorie génitale de l'hystérie, paraît être pour le moins sujet à caution et appelle de nouvelles recherches. Il en est de même des zones dites hystérogènes par la pression desquelles le réveil pourrait être provoqué facilement. Ce que l'on peut dire avec certitude, c'est que très souvent l'anesthésie est irrégulièrement répartie à la surface des muqueuses, et tel sujet qui offrira une anesthésie absolue des organes de la vue et de l'audition, pourra avoir conservé tout ou partie des sensibilités gustative et olfactive.

Différents phénomènes ont été également rencontrés au cours de l'attaque de sommeil hystérique, mais outre qu'ils sont plus rares, ils présentent moins d'intérêt. Ce sont les déviations des globes oculaires par contracture des muscles extrinsèques de l'œil, le stertor, l'hyperesthésie des téguments, les modifications passagères de la pupille (Kölpin), la catatonie.

L'évolution de l'attaque de sommeil hystérique est essentiellement variable comme les causes qui ont déterminé son apparition. Dans tel cas la crise paraît succéder à une émotion, dans tel autre à un exercice habituel et banal, dans tel autre enfin à une attaque convulsive. Parfois, comme dans le fait signalé par Armaingaud, l'attaque d'hypnolepsie survient périodiquement à heure fixe. Il s'agissait d'une femme de 24 ans, grande hystérique, qui chaque jour était prise de sommeil à 11 heures du matin et se réveillait à 1 h. 1/4 de l'après-midi. L'attaque était précédée de sanglots et de spasmes pharyngiens. Dans la suite, la crise se dédoubla, l'une survenant à 11 heures durant quinze minutes, l'autre à 1 h. 3/4 durant une heure et demie.

Quant à la durée de l'attaque, elle est entièrement variable et s'étend depuis quelques instants à des mois, des années même. Dans le cas célèbre rapporté par Legrand, la crise de sommeil ne dépassait pas vingt à trente secondes; le sujet était pris brusquement d'une envie irrésistible de dormir et à peine avait-il ressenti les premières sensations que la tête s'inclinait, les yeux se fermaient. Au réveil, le malade avait un facies étonné, l'œil vague, les globes oculaires convulsés en haut et en dedans.

Les crises de sommeil duraient quinze jours dans un fait rapporté par M. Böhm; le sujet, un jeune homme de 18 ans, était pris de somnolence à la suite de céphalée et, fait assez particulier, pendant l'attaque les muscles de la nuque étaient paralysés.

Les cas de sommeil publiés par Bourneville et Regnard, Berkan, Briquet sont tout à fait analogues aux faits précédents.

Mais ce qui fait l'originalité du sommeil hystérique, c'est sa durée extraordinairement longue dans un certain nombre de cas qui ont été consignés dans la science et pendant longtemps considérés comme des faits inexplicables, presque miraculeux.

On se souvient encore du cas de la dormeuse de Thenelles qui, il y a quelques années, fit quelque bruit. Cette jeune fille à vingt ans, à la suite d'une émotion, fut prise d'attaques convulsives suivies d'un profond sommeil qui dura vingt ans. Le réveil se fit à la suite d'une crise convulsive. Lorsqu'il s'agit de crises de narcolepsie d'aussi longue durée, il est fréquent d'observer la survenance de crises convulsives périodiques ou non entrecoupant ce sommeil profond.

Le réveil peut se faire brusquement, le sujet récupérant en quelques instants l'intégrité des fonctions motrices, sensitives, sensorielles et psychiques, mais assez souvent le réveil se fait par étapes et le sujet garde quelque temps encore la marque de la crise sous forme d'anesthésie, d'amblyopie ou d'amaurose.

Narcolepsie avec état de mort apparente. — Il ne s'agit pas d'une variété distincte dans son essence de la narcolepsie hystérique, mais d'une simple modalité clinique dont l'intérêt vient de ce que souvent cet état de mort apparente a été confondu avec la mort réelle et ainsi a contribué à exciter l'imagination des observateurs et a défrayé longtemps les chroniques des légendes. Pour une cause qui nous échappe, le malade en état de sommeil se refroidit progressivement, la respiration devient faible, superficielle, les battements du cœur, si imperceptibles qu'il semble que la vie se soit tout entière retirée du corps. Le visage prend une pâleur de cire, les membres sont dans la résolution complète, les pupilles en mydriase ne réagissent plus à la lumière et la cornée, recouverte d'un enduit blanchâtre, ressemble à s'y méprendre à celle d'un œil de cadavre. Cet état peut se prolonger vingt-quatre heures et plus, témoins les faits de Pfendler, Sydenham.

Le réveil ne se fait pas brusquement, mais par une série de transitions insensibles du moins dans la plupart des faits : la respiration peu à peu devient plus ample, les battements cardiaques, le pouls reprennent leur ampleur, la peau se recolore et le malade ouvre des yeux étonnés, n'ayant gardé aucun souvenir de la crise qui vient de le frapper.

II. **EPILEPSIE**

Il est de notion courante que l'attaque convulsive du mal comitial se termine par un sommeil profond incoërcible voisin du coma ; dans

certains cas plus rares les convulsions font défaut et la crise se traduit seulement par une attaque soudaine de somnolence profonde. C'est la crise narcoleptique de l'épilepsie dont nous devons une excellente étude à Féré. — Ainsi qu'il en est pour toutes les manifestations de l'épilepsie l'attaque de narcolepsie est caractérisée par sa soudaineté, sa brusquerie, la cessation instantanée de l'amnésie totale qui leur fait suite.

De même que dans l'hystérie, la crise somnolente n'apparaît pas comme premier symptôme de la maladie et presque toujours elle est précédée d'accidents convulsifs.

Dans un cas de Féré le malade avait pendant quelques instants la sensation que la crise allait survenir et prenait ses dispositions en conséquence, tandis qu'un autre sujet observé par le même auteur s'endormait en causant sans s'en douter. Le sommeil est calme, la respiration et la circulation ne sont pas troublées; la musculature de la face n'est pas le siège de spasmes; les pupilles sont égales, dilatées et réagissent bien à la lumière. Les excitations cutanées déterminent quelques vagues mouvements automatiques, mais ne déterminent pas le réveil, lequel survient spontanément. Le sujet ouvre des yeux étonnés et ne peut se souvenir de ce qui vient de se passer. Les crises de sommeil paroxystique se répètent fréquemment (Féré) et, fait à retenir, alternent avec des épisodes convulsifs et cèdent sous l'influence du traitement bromuré.

III. LES NARCOLEPSIES DE L'HYPNOSE

Il est établi aujourd'hui que chez un certain nombre de sujets en apparence parfaitement normaux, il est possible de provoquer un sommeil, un sommeil profond, rien que par des moyens physiques : fixation d'un objet brillant, fixation du regard, d'une lampe électrique, excitation de l'ouïe par le bruit monotone d'un tambourin, par le bruit violent et instantané d'un coup de gong chinois, excitations cutanées légères, pression de certaines zones dites hypnogènes (Pitres). Tous ces moyens, qui n'agissent que sur une catégorie de sujets, peuvent être ramenés en dernière analyse à la suggestion et paraissent relever exclusivement d'une action purement psychique. Nous ne voulons pas dire que tous les sujets hypnotisables sont des hystériques, leur nombre serait alors si considérable que l'hystérie deviendrait bien près de l'état normal, puisque, d'après M. Bernheim, 95 p. c. des sujets normaux sont hypnotisables, et que, pour M. Crocq, 80 p. c. des mêmes individus sans tare apparente peuvent être endormis par les pratiques de l'hypnotisme. Les faits, aujour-

d'hui bien connus d'hypnotisme chez les animaux, ne permettent d'ailleurs pas d'identifier complètement l'hypnose à l'hystérie; il est inutile d'insister sur ce point.

Mais l'état d'hypnose n'est pas toujours le produit d'une suggestion extérieure, il peut résulter de l'auto-suggestion et ses manifestations peuvent apparaître spontanées, par conséquent d'une manière analogue aux phénomènes narcoleptiques dont ils ne constituent qu'une modalité intéressante à plus d'un titre.

D'après Charcot, dont la classification des degrés de l'hypnotisme est restée classique, le sujet peut présenter trois états bien caractérisés : l'état cataleptique, l'état léthargique, enfin l'état somnambulique.

Formes cataleptique et léthargique de l'hypnose. — FORME CATALEPTIQUE. — Bien que moins fréquentes dans le sommeil spontané que dans le sommeil provoqué, la catalepsie et la léthargie peuvent néanmoins être observées sans que, au moins en apparence, aucune influence extérieure ne paraisse avoir agi sur le sujet.

Suivant M. Barth, la catalepsie doit être définie « un sommeil pathologique caractérisé à la fois par la perte du sentiment, l'abolition de la motilité volontaire, une exagération de la tonicité statique des muscles, d'où il résulte que le tronc et les membres prennent sans résistance et conservent pendant un temps indéfini toutes les positions qu'on leur communique ».

L'invasion de l'accès peut être subite, surtout lorsqu'il succède à une émotion morale; avec M. Barth, nous pouvons rappeler le cas de Tissot, qui a trait à une enfant de 5 ans qui, choquée de ce que sa sœur avait prise la première un morceau qu'elle convoitait, étendit sa main armée d'une cuiller et resta dans cette position pendant plus d'une heure; le cas de Fehr, où un magistrat reste au milieu de son réquisitoire le poing et le bras tendus, les yeux ouverts et menaçants; le cas de Lafaille, où deux cordeliers, en entendant la lecture de la Passion, le Vendredi-Saint, furent immobilisés dans l'attitude de la dévotion, au moment où le *consummatum est* était prononcé.

La crise cataleptique peut succéder également à une crise convulsive ou être précédée des prodromes que nous avons signalés à l'origine de l'attaque de narcolepsie vulgaire.

Quel que soit le début, une fois déclarée la crise de catalepsie revêt toujours le même appareil. Le malade est immobile à la manière d'une statue et conserve la position dans laquelle il a été surpris; les yeux sont grands ouverts sans clignement; le masque paraît figé dans l'expression de la frayeur ou de la stupeur; la motilité volon-

taire est abolie, mais les membres ne sont point paralysés, les muscles gardent en effet une flexibilité mêlée de raideur qu'exprime parfaitement l'expression classique de *flexibilitis cerea*. Les membres peuvent être déplacés sans effort et gardent toutes les positions qu'on leur imprime. Pendant toute la durée de la crise, l'anesthésie sensitive et sensorielle est complète, les excitations portées sur la peau, les muqueuses ou les organes des sens restent sans effet. La conscience est entièrement obnubilée et sauf quelques cas exceptionnels le malade reste complètement étranger à ce qui se passe autour de lui. Les fonctions organiques ne sont pas troublées.

Pour ce qui est de la durée de ces attaques, celle-ci apparaît assez variable; cependant, dans la généralité des cas, la catalepsie ne se prolonge pas plus de vingt-quatre heures; les faits de catalepsie prolongée durant plusieurs jours se rapportent à des malades chez lesquels la catalepsie alternait avec d'autres phénomènes de même nature, mais de modalité différente.

L'accès cataleptique se termine aussi brusquement qu'il avait débuté et le réveil est provoqué soit par une influence extérieure, soit par la survenance d'une crise convulsive. L'amnésie au réveil est si absolue que souvent les malades, dès qu'ils ont repris l'usage de leurs sens, continuent le geste ou la phrase commencés au moment où la catalepsie les a surpris, témoin le fait de Eichmann.

Forme léthargique. — Celle-ci diffère si peu de la précédente que, ainsi que l'ont montré Charcot et M. P. Richer, il suffit de l'occlusion des paupières chez un malade en proie à la catalepsie pour voir celle-ci se transformer en léthargie.

Comme dans l'état cataleptique, le sujet léthargique présente une insensibilité absolue de la peau, des muqueuses et des organes des sens. La conscience est abolie et au réveil l'amnésie est totale, au moins dans la règle. Le symptôme fondamental qui à lui seul permet de porter le diagnostic de léthargie consiste dans l'hyperexcitabilité mécanique des muscles et des nerfs. Vient-on à palper ou à malaxer le corps charnu d'un muscle, à percuter son tendon, aussitôt on le voit entrer dans un état de contracture analogue à celle des hystériques vulgaires, mais à la différence de cette dernière, il suffit de masser les muscles antagonistes pour voir reprendre toute sa souplesse au muscle contracté.

La contracture léthargique s'obtient aussi facilement par la pression d'un tronc nerveux; dans ce cas, tous les muscles innervés par la branche nerveuse comprimée entrent en contraction, déterminant ainsi les déformations caractéristiques; la griffe cubitale, par exem-

ple, à la suite de la pression du nerf cubital dans la gouttière épitrochléenne, la griffe médiane, la griffe radiale, etc.

Le réveil est obtenu en général par un souffle léger sur les paupières; l'ouverture de celles-ci transforme la léthargie en catalepsie, de même que l'occlusion des paupières avait transformé la catalepsie en léthargie.

CHAPITRE VI

Les narcolepsies survenant à titre exceptionnel au cours de maladies variées

Nous réunissons dans ce chapitre les observations que nous avons pu retrouver dans la littérature médicale et où très exceptionnellement la narcolepsie figure comme symptôme accessoire. Dans ces faits on retrouve : les affections nasales, les suppurations du sinus frontal (Lichtwitz), la neurasthénie avec phosphaturie et albuminurie transitoires (Albert Robin, Samain), l'anémie (L. Labbé, Lamacq), le pouls lent (Chavigny), les états d'épuisement consécutifs aux excès sexuels (Tsitrine), les végétations adénoïdes (Gotteschi, Thomson), les maladies du cœur (Bignon, Lamacq, Camuset).

NARCOLEPSIE DANS LES PSYCHOSES

Des crises de narcolepsie plus ou moins prolongée peuvent se manifester au cours de différents états psychopathiques organiques d'ailleurs assez mal caractérisés. Nous pouvons rappeler le fait rapporté par M. Semelaigne et qui a trait à un malade de 56 ans, chez lequel les phénomènes pathologiques se montrèrent sous forme d'hallucinations et de délire accompagnés de céphalalgie intense. Puis l'intelligence s'obscurcit et deux ans après le début des accidents le malade entra à l'asile. Un mois après l'internement survint une amélioration assez nette, mais rentré chez lui le malade fut repris par une somnolence invincible et absolue dont rien ne pouvait le tirer, on eût dit une statue; ni le bruit, ni l'éclat des lumières, ni les odeurs ne pouvaient tirer le malade de sa profonde torpeur. Cet état durait depuis un an lorsqu'un jour le malade se réveille brusquement, reprend parfaitement connaissance et cause affectueusement avec les siens. Il n'a aucune connaissance de tout ce qui s'est passé depuis le début de cet état léthargique. Du sommeil il ne reste qu'un vague souvenir et la perception de sa durée ne peut être précisée.

Bien que le malade parut s'améliorer sensiblement, les crises de sommeil reparurent, ainsi que les hallucinations et la mort survint inopinément au cours d'une crise de somnolence. A l'autopsie, M. Semelaigne constata des adhérences de la pie-mère au cortex et une nécrose de la substance grise au niveau des circonvulations centrales et temporales.

L'exposé un peu succinct des lésions anatomiques ne nous permet pas de rapporter cette narcolepsie à une lésion bien déterminée de l'encéphale; cependant, si des doutes peuvent exister relativement à la nature et partant à la signification des lésions du cerveau, il n'en reste pas moins établi que des crises de sommeil prolongé peuvent traverser l'évolution d'une psychopathie organique et ainsi égarer le diagnostic.

CHAPITRE VII

Les états somnolents complexes

Les différents états narcoleptiques que nous venons de passer en revue apparaissent essentiellement caractérisés par le sommeil dans son état pour ainsi dire *passif*, en ce sens que les fonctions cérébrales supérieures sont complètement annihilées. Le sujet en proie à la narcolepsie ne pense pas, ne rêve pas, n'a pas d'hallucinations; en un mot, ne présente à l'observateur aucune trace de manifestations psychiques, même inconscientes. Il est loin d'en être toujours ainsi au cours de l'une quelconque des narcolepsies, qu'elles soient d'origine toxique, psycho-névrosiques, d'essence inconnue ou encore infectieuses, comme la maladie du sommeil des nègres. Dans un certain nombre de faits de symptomatologie plus complexe, l'activité cérébrale se manifeste sous forme d'automatisme moteur, psycho-sensoriel ou psychique, et cela est un trait de plus qui rapproche le sommeil pathologique du sommeil naturel ou physiologique.

Au cours d'un accès somnolent on voit, par exemple, le malade se lever, abandonner l'endroit où il repose, parcourir parfois un long trajet, puis s'arrêter épuisé de fatigue, mourant de faim. Au réveil, l'amnésie est complète et le malade, interrogé, a oublié non seulement les gestes et les actes qu'il a exécutés au cours de sa fugue, mais il a encore perdu le souvenir d'avoir rêvé et même d'avoir dormi. C'est surtout dans les attaques narcoleptiques de l'épilepsie, de l'hystérie que se produisent ces phénomènes d'automatisme, mais il faut savoir qu'ils ont été observés en dehors de ces états pathologiques et qu'ils peuvent se manifester dans les maladies du sommeil les plus certainement organiques, dans l'hypnosie des nègres, par exemple. MM. Nattan-Larrier et Sésary en ont rapporté un très bel exemple. Parfois les manifestations de l'automatisme cérébral sont moins bruyantes, ils se bornent à des rêves incohérents que l'observateur peut reconstituer grâce aux réactions motrices du sujet et aux paroles qui les accompagnent : rêves terrifiants, érotiques ou joyeux, qui ne laissent dans la mémoire du dormeur qu'un souvenir confus, et souvent même s'accompagnent d'une amnésie complète portant sur

toute la durée du rêve et parfois se prolongeant sous forme d'amnésie antérograde ou de fixation pendant un temps plus ou moins long. Les rêves, toujours à base hallucinatoire, peuvent même servir de noyau à l'édification d'un délire généralement fugace de caractère terrifiant ou de teinte mélancolique.

Enfin, dans certains faits, c'est l'automatisme psychologique seul qui entre en jeu sans s'accompagner d'impulsions motrices ni d'hallucinations. Lorsque celles-là se produisent, elles ne commandent jamais le processus psychologique, mais sont sous son étroite dépendance. C'est dans l'état somnambulique que ces faits apparaissent avec le plus de netteté, mais insister davantage sur ce point serait sortir du cadre que nous nous sommes fixé.

CHAPITRE VIII

Diagnostic, nature et pathogénie des narcolepsies
Conclusions

Ainsi que nous le disions dès le commencement de cet exposé, la narcolepsie a été successivement considérée comme une maladie, un symptôme commun à des affections les plus différentes de par leur origine, leur nature, leur évolution, ou encore comme une manifestation limitée à *certaines* maladies et ne pouvant pas être reproduite par ce que l'on appelait encore récemment les névroses : l'épilepsie et l'hystérie.

La narcolepsie est-elle une affection autonome ? Nous nous croyons autorisé, dit Gélineau, à faire de la narcolepsie une *névrose* particulière, peu connue jusqu'à présent, caractérisée par ce double criterium, somnolence et chute ou astasie.

Personne aujourd'hui, croyons-nous, n'oserait soutenir semblable opinion. Outre que le terme de névrose, comme celui de psychose, tend de plus en plus à être éliminé de la langue médicale, puisqu'il ne sert qu'à masquer notre ignorance sur la nature de certaines affections, la narcolepsie n'apparaît nullement comme une manifestation « névrosique », mais comme un phénomène lié à des perturbations fonctionnelles ou organiques des centres cérébro-spinaux.

Et cette question de la nature névrosique ou autre de la narcolepsie n'est pas seulement d'un intérêt théorique ou nosographique; elle importe au plus haut degré pour le clinicien qui veut établir, dans un cas donné, un diagnostic, un pronostic, un traitement.

Ainsi que le dit excellemment M. G. Ballet, « tel qui se tiendra pour satisfait dans son diagnostic lorsqu'il aura reconnu la narcolepsie si on lui présente la chose comme une entité morbide définie, se hâtera de chercher au delà de la manifestation morbide, s'il est une fois bien entendu qu'il s'agit là d'un symptôme, d'une manifestation clinique banale comme les palpitations ou la contracture, relevant de causes multiples et susceptible par conséquent d'indications thérapeutiques variées ». Admettre la nature névrosique de la narcolepsie, c'est admettre par le fait même qu'elle est une maladie au

vrai sens du mot, c'est-à-dire un état pathologique lié à la même cause et ressortissant à la même thérapeutique. L'énoncé même des caractères essentiels d'une « maladie » suffit à montrer que la narcolepsie ne peut à aucun titre être assimilée à une affection autonome et à la faire rentrer, ainsi que l'a fait M. G. Ballet, sans le vaste groupe des symptômes, nous dirions plus volontiers des syndromes neuro-pathologiques.

La narcolepsie est donc un syndrome commun à des affections les plus diverses, organiques ou « fonctionnelles », et sa constatation ne suffit pas à préjuger la nature de la maladie qui en a déterminé l'apparition.

Mais de même que nous n'admettons pas l'opinion de Gélineau, nous ne saurions souscrire à l'idée défendue par M. Ribakoff, qui voudrait faire de la narcolepsie la forme neuro-psychique de la dégénérescence. Certes, cet auteur ne prend pas la narcolepsie comme une maladie au sens étroit de ce terme et il la considère comme un syndrome; mais ce syndrome, qui aurait à sa base la « dégénérescence » de l'individu, serait toujours identique à lui-même et devrait être distingué des syndromes qui lui ressemblent, à savoir les narcolepsies de l'épilepsie et de l'hystérie, qui seraient alors des pseudo-narcolepsies.

Qu'on en fasse un complexus symptomatique ou une névrose, peu importe, dit M. Parmentier, mais nous nous refusons à admettre que la narcolepsie puisse être un symptôme de l'hystérie. L'hystérie peut simuler la narcolepsie, mais il faut faire le diagnostic entre la narcolepsie de Gélineau et la forme narcoleptique de l'hystérie.

Si M. Parmentier n'admet pas que la narcolepsie puisse être un symptôme de l'hystérie, M. Lamacq et M. Samain se refusent à admettre que la narcolepsie soit une manifestation de l'épilepsie. Ici encore il s'agirait de pseudo-narcolepsie.

A la vérité, nous ne comprenons pas ce que peut vouloir dire l'épithète si employée de « pseudo », surtout appliquée à un syndrome. Un syndrome, comme un symptôme, existe ou fait défaut dans tel ou tel cas, un « pseudo-symptôme » nous paraît être un non-sens, puisque symptôme est fait d'observation et rien que cela, et que la constatation d'un fait n'implique nullement sa nature et sa pathogénie. Si la narcolepsie de l'hystérie ou de l'épilepsie est une pseudo-narcolepsie, il faut en bonne logique admettre que l'hémiplégie de l'hystérie n'est qu'une pseudo-hémiplégie, puisqu'elle se présente sous des traits qui évidemment ne sont pas ceux de l'hémiplégie organique.

Car c'est précisément en raison des différences symptomatiques qui

séparent la narcolepsie « essentielle » de la narcalepsie de l'hystérie ou de l'épilepsie que se basent les auteurs qui refusent aux « névroses » le droit de déterminer le sommeil paroxystique. Certes la narcolepsie de l'hystérie ou de l'épilepsie, comme d'ailleurs les narcolepsies toxiques ou infectieuses, ne se montrent pas à l'observateur avec le même cortège symptomatique, tout diagnostic serait de ce fait impossible; mais ce diagnostic, on l'établit non point grâce au sommeil lui-même, mais grâce aux manifestations variées dont il est entouré.

L'anéantissement des fonctions psychiques supérieures avec conservation de l'automotisme et l'intégrité des grandes fonctions organiquent qui constituent l'essence même du phénomène « sommeil » est le même dans tous les cas de narcolepsie, variable en ses degrés, comme dans le sommeil physiologique, mais ce qui change, ce qui donne à chaque cas de « sommeil pathologique » une tournure particulière grâce à laquelle on les différencie; c'est justement les symptômes associés dont la réunion forme le tableau complexe et changeant des narcolepsies toxiques, névrosiques, infectieuses.

La narcolepsie nous apparaît donc comme une syndrome, manifestation d'états pathologiques variés dans leur substratum organique, leur nature, leur cause, leur évolution; constater chez un sujet des accès de narcolepsie, c'est simplement relever un symptôme et rien de plus; et pour remonter à la cause même de la narcolepsie, ce n'est pas sur les caractères mêmes du sommeil qu'il faudra se baser, mais sur les symptômes qui en seront l'accompagnement.

Mais avant d'établir le diagnostic étiologique de la narcolepsie, il importe de ne pas confondre le syndrome avec des manifestations qui plus ou moins grossièrement peuvent la simuler.

La première méprise à éviter consiste à ne pas confondre une attaque de sommeil paroxystique avec un sommeil simulé. En dehors des circonstances dans lesquelles s'est produit l'accès, et de la constatation des motifs qui ont poussé le sujet à simuler une crise narcoleptique, il est facile d'éviter l'erreur dans la plupart des cas. Le malade atteint de narcolepsie tombe comme une masse, assommé, au risque de se blesser (nous avons vu que les traumatismes laissaient parfois des traces visibles), le simulateur s'affaisse en présentant une série de mouvements physiologiques qui le protègent volontairement ou non contre les dangers d'une chute trop brusque. Toutes les grandes fonctions s'exécutent dans le sommeil simulé comme à l'état normal, le pouls, la respiration ne sont ni ralentis ni accélérés, encore moins pervertis, tandis que les modifications du pouls et de la respiration sont pour ainsi dire constantes dans le sommeil patholo-

gique. Le simulateur a naturellement les yeux fermés, mais vient-on à essayer de soulever la paupière supérieure, aussitôt l'orbiculaire se contracte, l'œil se dévie en dedans et en haut, la pupille se contracte, les muscles de la face présentent des petits mouvements qui font défaut lorsqu'on ouvre les paupières d'un sujet plongé dans un profond sommeil. Des fortes excitations cutanées ou sensorielles déterminent presque à coup sûr des réactions plus ou moins vives de l'individu; enfin, un sommeil simulé ne peut être que de courte durée, le sujet, torturé par la faim et la soif, abandonne au bout d'un jour ou deux son attitude de dormeur pour reprendre la vie ordinaire.

A priori, il paraît difficile de confondre la narcolepsie avec l'agoraphobie, et cependant il existe entre le deux syndromes au moins des ressemblances grossières. L'agoraphobe qui, pris de peur sur une place publique, reste cloué sur place, est un peu analogue au malade dont Gélineau rapporte l'observation, qui dans la rue s'endormait ou dans un jardin public dès qu'il entendait rire autour de lui. Mais, différence essentielle, le narcoleptique, tout en restant debout, ne manifeste aucune émotion, il ne se plaint ni ne s'agite; au contraire, le kénophobe se lamente, regarde, crie parfois et enfin recule si personne ne vient lui tendre la main.

On ne peut confondre que difficilement l'attaque de sommeil avec le vertige accompagné de syncope ou de chute avec perte de connaissance. Le narcoleptique n'a jamais de sensations vertigineuses, les objets ne lui paraissent pas se déplacer; quand il oscille, c'est que du fait de l'occlusion de ses paupières et du début de l'évanouissement il perd contact avec le monde extérieur. Le plus souvent, le vertigineux cherche à s'appuyer sur les objets qui l'entourent ou à s'y accrocher; le narcoleptique ne fait pas cet effort, il s'abandonne sans lutter; enfin, le vertige a un début plus brutal, le malade ne sent pas venir son vertige comme le narcoleptique a le pressentiment de la crise de sommeil imminente.

Vient-on à examiner le sujet atteint de syncope, quelle différence avec le malade en proie au sommeil profond! Chez le premier, le visage est glacé, livide ou d'une pâleur de cire; la peau du corps est glacée, recouverte de sueur froide; le pouls est filiforme, arythmique, parfois imperceptible; chez le second, la face est colorée, la respiration ample et régulière, le visage plutôt légèrement cyanosé. Le malade atteint de syncope s'affaisse toujours, tandis que le dormeur peut conserver des attitudes physiologiques en rapport avec la conservation du dynamisme des autres automatiques.

Le petit mal des épileptiques, l'absence, doit être soigneusement

dinstinguée de l'attaque narcoleptique et particulièrement de la narcolepsie épileptique. L'absence du comitial n'est nullement un sommeil, le malade qui en est frappé n'a jamais l'apparence d'un dormeur, il ne s'affaisse pas, les yeux restent grands ouverts, les muscles volontaires sont contractés à tel point qu'on ne peut arracher des mains du malade l'objet qu'il a saisi; enfin, l'épileptique non seulement n'a gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant son absence, mais il ignore souvent l'existence de cet équivalent; le narcoleptique ignore le temps pendant lequel il a dormi, mais il se souvient d'avoir dormi.

Il est plus difficile de préciser les limites qui séparent le sommeil pathologique de la somnolence et du coma. En effet, selon nous, somnolence et coma ne sont que les deux termes extrêmes d'une série dont le sommeil est un des éléments intermédiaires. Cependant, aussi bien au point de vue pratique qu'au point de vue nosologique, il importe de distinguer ces différents états et de ne point confondre à l'exemple de quelques-uns torpeur, somnolence, coma, sommeil. La torpeur cérébrale qui fait le fond de certaines affections mentales, comme les états confusionnels toxi-infectieux, les tumeurs cérébrales, méningites aiguës, n'est point la narcolepsie. Celle-ci peut survenir d'ailleurs dans ces conditions, mais elle s'en distingue par ce fait que dans la torpeur le malade garde une conscience obscure mais réelle du monde extérieur et des modifications qui s'y produisent; il conserve la notion du temps et de l'espace, vague, imprécise, c'est vrai, mais notion indéniable cependant, tandis que chez le dormeur la conscience est absolument suspendue.

Le malade atteint de somnolence sort de son engourdissement au moindre bruit; le narcoleptique, au contraire, est plongé dans un sommeil complet, profond; on a beau faire du bruit, parler autour de lui, l'agiter, le secouer parfois, on le fait sortir difficilement et incomplètement de son repos; à peine a-t-il prononcé quelques mots et repris l'usage de ses sens que soudain il retombe dans sa torpeur invincible.

Ainsi que le fait ressortir Gélineau, instantanément le narcoleptique est plongé dans le sommeil le plus profond; la somnolence, qui n'en est que le premier acte, est cet état indécis entre la veille et le sommeil, où les perceptions étant confuses, on reste encore sous l'impression des choses dont on parlait et des hommes avec lesquels on s'entretenait il y a un instant.

Le narcoleptique, dominé, écrasé par le besoin de dormir, ne connaît pas cette première phase, il ne pense point, ne rêve pas; il est anéanti.

Les anciens auteurs distinguaient entre le sommeil profond et le coma profond, ou *carus*, une série d'états intermédiaires désignés du nom de sopor, de cataphore, de catoche, etc., qui eux aussi doivent être distingués de la narcolepsie. Qu'il s'agisse de l'un quelconque de ces états, on n'y retrouve pas les caractères du sommeil tels que nous les avons définis. Le malade plongé dans le coma est insensible à toute réaction extérieure ; conscience, sensibilité, motilité sont abolies ; chez le narcoleptique, des excitations cutanées ou sensorielles amènent toujours sinon le réveil, du moins des réactions plus ou moins vives de la part du sujet ; chez le comateux, toutes les excitations demeurent sans aucun effet. De plus, le coma subit est provoqué soit par une intoxication massive (alcool, saturnisme, oxyde de carbone, opium, etc.), soit par une lésion cérébrale grossière (hémorragie, ramollissement, encéphalite) ; dans le premier cas, la notion de l'intoxication ; dans le second cas, la constatation d'une paralysie, ou de contractures, d'accès d'épilepsie jacksonnienne permettront de rattacher à sa véritable cause le coma à ses différents degrés.

Chez certains malades obèses et emphysémateux, nous avons noté que durant la crise de sommeil la face pouvait devenir vultueuse, cyanotique et ainsi en imposer à un observateur non prévenu pour un état d'asphyxie ; la confusion entre l'asphyxie et la narcolepsie est impossible si on a soin d'examiner l'appareil cardio-vasculaire : dans l'asphyxie, ou bien on constatera un obstacle à l'arrivée de l'air dans les poumons, ou bien des désordres grossiers de l'appareil respiratoire, grâce auxquels la circulation pulmonaire est devenue insuffisante.

L'asphyxie lente à la période ultime des cardiopathies peut déterminer d'ailleurs une somnolence, un sommeil invincible ou un profond coma : il est facile de rapporter à leurs véritables causes ces différents troubles asphyxiques et comateux.

Certains états psychopathiques peuvent à la rigueur en imposer pour une attaque de sommeil, mais ces faits sont très rares. Il faut savoir aussi que de véritables crises de narcolepsie surviennent au cours d'un état mental délirant ou démentiel, ainsi qu'en témoignent les observations de MM. Semelaigne, Rousseau. Les mélancoliques avec stupeur ressemblent très superficiellement aux narcoleptiques, mais quelles différences dans le fond ! Autant la physionomie de l'un exprime la béatitude, la satisfaction ou l'abrutissement, autant celle du second reflète la multitude des sentiments douloureux, pénibles et angoissants qui se pressent dans l'esprit agité du mélancolique. L'état mental du confus est évidemment extrêmement près de l'état psychique du somnolent et nous savons que de minimes différences

seulement séparent ces derniers états, mais cependant, et sans y insister à nouveau, ne voit-on pas le narcoleptique tiré de sa torpeur par des excitations suffisamment intenses et prolongées, revenir à lui spontanément et recouvrer en quelques instants toute sa lucidité ? Le confus, au contraire, demeure dans sa stupidité pendant de longs jours, parfois des mois, et ce n'est que lentement que ressuscitent les différentes facultés assoupies et obnubilées; dans l'état de confusion, les excitations de quelque nature qu'elles soient demeurent impuissantes, non seulement à « réveiller » le malade, mais même à susciter des réactions psycho-motrices volontaires.

Le syndrome narcolepsie diffère donc au point de vue *clinique*, *séméiologique*, et de la somnolence, et des comas, et de la torpeur de certaines affections organiques ou peut-être fonctionnelles du cerveau, mais il n'exprime en soi ni le siège, ni la nature de la maladie qui l'a provoqué. Ce n'est pas à dire cependant, et toute notre étude en est la démonstration, qu'en partant du syndrome narcolepsie on ne puisse remonter à son origine et dépister sa nature. C'est là, au contraire, une recherche qu'il est essentiel de pratiquer en face d'un cas donné de narcolepsie.

Insister ici sur les éléments du diagnostic étiologique de la narcolepsie, serait répéter les chapitres précédents où nous nous sommes efforcés de mettre en lumière les caractères particuliers des différents états narcoleptiques. Nous prions le lecteur de vouloir bien s'y reporter.

NATURE DE LA NARCOLEPSIE

Ainsi que nous nous sommes efforcés de le faire ressortir, la narcolepsie emprunte au sommeil normal, physiologique, la plupart de ses caractères. Comme le sommeil naturel, l'attaque hypnoleptique est précédée par une sensation spéciale : l'appétit du sommeil; mais tandis que chez l'individu normal ce besoin de sommeil peut être réfréné, dans la narcolepsie le sujet y succombe fatalement, quelle que soit la résistance qu'il oppose à ce besoin. Mais cette différence n'est pas essentielle et l'on sait que chez les enfants ou les vieillards jouissant de l'état de santé le sommeil survient fréquemment d'une manière impérieuse et irrésistible. Du sommeil naturel, la narcolepsie possède les modifications circulatoire, respiratoire et sécrétoire; les changements dans les fonctions du système nerveux, nous les retrouvons dans la paralysie comme dans le sommeil naturel : même modification des réflexes tendineux, cutanés et pupillaires; mêmes modifications du côté de l'état psychologique. Dans les deux cas, le phé-

nomène fondamental consiste dans le fléchissement du tonus psychologique, l'affaiblissement des différentes fonctions sensorielles, le détachement complet du monde extérieur.

De telle sorte que la narcolepsie nous apparaît comme étant essentiellement une exagération, une amplification parfois excessive du sommeil normal, une hypersomnie paroxystique.

Etudier la nature de la narcolepsie revient donc à étudier la nature du sommeil physiologique; aussi bien avant de chercher non pas à résoudre, actuellement la chose est prématurée, mais à éclaircir les données du problème, nous devons nous efforcer de préciser ce que nous savons du déterminisme du sommeil physiologique.

Des théories du sommeil, nous parlerons aussi peu que possible, car si de tout temps cet acte physiologique a suscité la sagacité des chercheurs, la plupart des travaux sur cette question sont plus rêveries de métaphysiciens que constatations de savants.

Ni la théorie défendue par M. Dubois, et selon laquelle le sommeil résulterait de l'accumulation de $C O^2$ dans l'organisme, lequel exciterait un centre situé au voisinage du cerveau moyen, ni l'hypothèse basée sur les modifications histologiques du cerveau de MM. Lépine, Mathias, Duval, Pupin, Wiedersheim ne peuvent expliquer la production du sommeil naturel. On peut en dire autant des théories humorales, de celles qui sont basées sur l'œdème cérébral et les modifications de la circulation encéphalique. Certes les faits observés par les auteurs ne sont point niables, et nous ne contestons nullement l'existence d'un ralentissement de la circulation encéphalique ni celle d'un léger œdème généralisé non seulement aux centres nerveux, mais à tout l'organisme, mais nous ne pouvons admettre qu'il faille voir dans ceux-ci la cause du sommeil naturel. Bien plutôt que des phénomènes primitifs, ils apparaissent comme des manifestations secondaires; ce ne sont point les facteurs, mais les conséquences du sommeil. Il en est de même pour tout ce qui a trait aux modifications histologiques qui ont lieu durant l'assoupissement et qui sont si nettement visibles dans le cerveau des animaux hibernants. Les neurofibrilles intra-cellulaires s'agglutinent et forment des travées plus épaisses; d'après Levi, chez les animaux à sang froid, la substance chromatique diminue pendant la période de l'hibernation et augmente dès que l'animal sort de sa torpeur. Ces faits ont été confirmés par M. Manisesco chez les animaux à sang chaud; cependant cet auteur a noté que, contrairement aux animaux à sang froid, ceux-ci ne présentent pas le phénomène de Cajal et Tello, c'est-à-dire l'agglutination des neurofibrilles intra-cellulaires.

Mais tous ces phénomènes, pour intéressants qu'ils soient, n'expli-

quent pas la genèse du sommeil; s'ils en sont l'accompagnement, non pas nécessaire d'ailleurs, ils n'en sont pas l'origine. Aucune d'elles n'explique que le sommeil se produise d'une manière rythmique et aucune d'elles ne tient compte de ce fait fondamental, à savoir que le sommeil correspond à une fonction active que l'on peut appeler la fonction hypnique et que, comme toutes les fonctions, il est soumis dans une certaine mesure à l'influence de la volonté. Tout en ne pouvant accepter la comparaison du sommeil avec la miction imaginée par M. Claparède, nous sommes tout à fait d'accord avec cet auteur pour reconnaître la nature essentiellement active de la fonction hypnique. Le sommeil, dit M. Claparède, n'est pas un état purement négatif, il n'est pas la conséquence d'un simple arrêt de fonctionnement, il est une fonction positive, un acte d'ordre réflexe, un instinct régi par la loi de l'intérêt momentané. On ne dort pas parce qu'on est intoxiqué, mais pour ne pas être intoxiqué. Envisagé sous cet angle nouveau, le sommeil apparaît comme un acte psychologique presque pur. Est-il permis de le considérer ainsi ? Certes l'importance du facteur psychologique dans la fonction hypnique est de la plus haute importance, mais ce facteur n'est pas exclusif. Et de même qu'il apparaît dans tel ou tel acte organique comme les sécrétions salivaires, gastriques, l'évacuation des réservoirs, mais qu'il ne conditionne pas exclusivement ces phénomènes, de même il accompagne les manifestations du sommeil normal mais n'en est pas la seule et unique origine. Si l'instinct exprime toujours une activité mentale bien qu'elle soit le résultat d'un automatisme inconscient (Ribot), il est certain, dit M. Salmon, que le sommeil ne peut d'aucune façon être considéré comme un instinct.

L'état de sommeil ne possède aucune des propriétés de l'acte instinctif, la plasticité, la dépendance de la loi de l'intérêt momentané; le besoin de dormir s'impose souvent à notre volonté et à notre intérêt (Salmon) exactement de la même façon que le besoin de manger, d'uriner, etc. Le sommeil, comme le dit M. Pieron, nous envahit brutalement avec tous les caractères d'un acte réflexe, sans que cependant il soit possible de l'assimiler à un réflexe en raison de sa subordination à la volonté.

Pour supprimer les antinomies des théories précédentes, M. Salmon assimile la fonction hypnique à une fonction sécrétoire. Comme une sécrétion, le sommeil peut être provoqué par des strimuli psychiques ou influencé par des émotions, et de même que l'exagération ou la suppression des sécrétions gastriques, salivaires, sudorales, lacrymales peuvent être la conséquence des perturbations dans le tonus émotionnel, de même ces perturbations peuvent provoquer tan-

tôt l'insomnie, tantôt une crise de somnolence, une véritable narcolepsie. La périodicité même du sommeil le rapproche des sécrétions qui toutes s'exécutent suivant un certain rythme. Et M. Salmon rapproche la fonction du sommeil de la fonction sécrétoire de l'estomac, comme M. Claparède avait comparé le sommeil avec la miction.

Le temps et la place dont nous disposons nous sont trop mesurés pour que nous puissions discuter comme elle mériterait de l'être la thèse de M. Salmon. Cependant, sans qu'on puisse aller aussi loin que cet auteur et faire jouer dans le mécanisme du sommeil un rôle de premier plan à la dissolution et à la constitution des éléments chromatophiles des cellules nerveuses, il faut avouer que cette théorie a pour elle nombre de faits favorables et qu'il est logique de penser que, à l'exemple de tout élément qui s'use en fonctionnant, la cellule nerveuse a besoin d'une période de repos pendant laquelle elle reconstitue les parties les plus délicates de son organisme altérées par une période d'activité. Mais est-ce vraiment et exclusivement à la reconstitution des éléments chromatophiles que s'emploie l'activité des cellules corticales pendant le sommeil, ou n'est-ce là qu'un épisode particulier d'ailleurs intéressant d'un travail plus général auquel participent toutes les parties constituantes des éléments nouveaux ? Il serait prématuré de l'affirmer.

Ce que l'on peut dire, c'est que le fonctionnement des cellules d'une structure aussi délicate et aussi compliquée que les cellules corticales du cerveau ne peut s'accomplir régulièrement que si une longue phase de repos permet à l'organe de réparer les substances détruites et d'éliminer les déchets accumulés. A ce point de vue, le sommeil est vraiment, selon la pittoresque expression du M. Debove, le repas du cerveau.

Les expériences de Mlle de Manacéine et de Mlle Stefanowska ont montré que des animaux privés de sommeil ne tardaient pas à succomber et que, dans ces conditions, l'étude histologique du cerveau mettait en évidence des modifications manifestes : état variqueux des prolongements dendritiques, accumulation de granulations graisseuses dans le protoplasme, réaction des cellules satellites proliférées. MM. Legendre et Pieron ont constaté ces mêmes phénomènes et M. Pieron s'est demandé si ces altérations étaient en rapport avec la production d'hypnotoxines circulant dans le sang; pour résoudre ce problème, cet auteur s'est adressé à l'expérimentation. Tous les essais d'injections de sérum sanguin d'animaux privés de sommeil, dans le péritoine, le système circulatoire, n'ont abouti qu'à des échecs. Injecté dans les ventricules cérébraux, le sérum produit des états somnolents, mais sans rien qui puisse les distinguer de ceux que suscite l'injection de sérum normal.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, les faits précédents ne permettent pas, à coup sûr, d'accepter l'hypothèse d'un centre du sommeil soit dans le sympathique (Sargueyef), la substance grise du troisième ventricule (Gayet, Mauthner) ou encore dans la masse encéphalique située entre les pédoncules cérébraux et les tubercules quadrijumeaux (Warlomont, Demarquay, Giraud Teulon). Mais s'il n'existe pas un centre nerveux sous la dépendance duquel se produit la fonction hypnique, peut-on admettre que cette fonction, à laquelle participent tous les éléments du cerveau, soit réglée par une sécrétion d'une glande endocrine. Formeris faisait de la glande thyroïde l'organe générateur du sommeil et cette idée fut reprise par M. Lorand, M. Briquet, M. Mongour. Au point de vue physiologique, cette théorie est insoutenable, car si l'ablation du corps thyroïde ou la diminution de sa sécrétion produisent une torpeur, un engourdissement général, il y a loin de ces faits au véritable sommeil. Examinée au point de vue de la physiologie pathologique, cette hypothèse ne nous paraît pas plus défendable. En effet, aussi bien dans le myxœdème que dans le goître exophtalmique, c'est-à-dire dans les états d'hypo- ou d'hyperthyroïdisation, on ne constate la survenance d'états somnolents analogues à la véritable narcolepsie. Est-il possible d'attribuer le sommeil à l'action, sur les éléments encéphaliques, d'une substance sécrétée par une autre glande vasculaire sanguine ? Les glandes surrénales, la glande pinéale, les glandes génitales mâle ou femelle, l'hypophyse ? Rien jusqu'ici ne vient démontrer l'action de ces facteurs, si ce n'est des analogies plus ou moins éloignées avec d'autres phénomènes biologiques. M. Salmon soutient que l'hypophyse, en raison de son siège, de ses propriétés antitoxiques, paraît être la glande qui préside à la fonction hypnique; par ses produits sécrétoires ou hormones, elle agirait sur la nutrition des cellules nerveuses et présiderait d'une manière indirecte au sommeil normal.

La physiologie n'apporte aucun appui à cette hypothèse et les faits pathologiques sur lesquels se base M. Salmon constituent une base bien fragile. L'insomnie dans certains cas se serait trouvée améliorée par l'opothérapie hypophysaire, tandis que dans l'hyperhypophysie, le syndrome acromégalique par exemple, la somnolence serait un fait fréquemment observé. Nous devons dire que, à part l'ouvrage de M. Salmon, nous n'avons pas trouvé d'écrits dans lesquels il est mentionné que l'acromégalie s'accompagne d'accès narcoleptiques; il nous paraît pour le moins prudent de ne pas admettre comme démontrés les faits avancés par notre confrère italien.

Dans plusieurs accès de tumeur de la glande pituitaire, des accès

de sommeil prolongé ont été mentionnés; nous avons insisté plus haut mais tumeur d'un système glandulaire ne signifie nullement hyperfonction de l'organe, le contraire serait vrai dans la plupart des cas; au point de vue particulier de l'hypophyse, ne sait-on pas que nombre de néoplasmes de cette glande ne s'accompagnent pas de phénomènes d'acromégalie précisément en raison de la destruction du parenchyme glandulaire par la tumeur ?

Il nous semble donc tout à fait prématuré d'admettre que la fonction hypnique normale est réglée par la sécrétion d'une glande endocrine, qu'il s'agisse de l'hypophyse, des glandes surrénales, de la pinéale, du corps thyroïde ou des glandules parathyroïdes.

Si nous connaissons assez obscurément le mécanisme du sommeil normal, pouvons-nous préciser davantage le déterminisme des sommeils pathologiques et en particulier des narcolepsies ?

Ici encore nous rejetons formellement l'existence d'un centre nerveux préposé à la fonction hypnique et rien ne nous autorise à admettre le rôle d'une quelconque des glandes vasculaires sanguines. Ce que nous savons, c'est que la narcolepsie survient dans des circonstances pathologiques extrêmement variables; que pour ce qui est des lésions matérielles *grossières* de l'encéphale, qui déterminent des accès de narcolepsie, ces lésions sont de nature très diverse et qu'ainsi il est impossible de penser, à moins de forcer les faits, que c'est la constitution de la lésion qui crée le syndrome « narcolepsie ». Il est évident, d'autre part, que la cause même qui a produit la lésion ne saurait être tenue pour responsable des accès somnolents; cette cause pathogène apparaît trop variable et dans sa nature et dans son mode d'action pour être retenue ici avec quelque vraisemblance.

Mais à défaut d'une cause pathogène, de lésions ou de modifications délicates de l'encéphale, toujours identiques à elles-mêmes,, nous est-il possible de ramener à un même *mécanisme très général* l'accès de narcolepsie et pouvons-nous mettre sur le compte d'une intoxication, variable dans sa nature et son mode d'action, ce trouble de la fonction hypnique : l'hypersomnie ? Il faut avouer que pour résoudre ce problème nous manquons de documents précis et indiscutables. Certes la théorie de l'intoxication du cerveau, séduisante à première vue, a rallié bien des esprits et non des moindres, mais si elle satisfait en partie notre besoin d'expliquer les phénomènes pathologiques que nous constatons,, cette théorie hypothétique se heurte à d'irréductibles contradictions. Est-ce le fait d'une intoxication que de survenir aussi brusquement, quelquefois d'une manière périodique, d'être dans certains cas sous la dépendance étroite de phénomènes purement psychiques comme l'émotion, la suggestion ? et

comment comprendre avec la théorie de l'intoxication ces faits si nombreux de narcolepsies durant quelques secondes après lesquelles le sujet recouvre immédiatement l'intégrité de toutes ses facultés ?

Aussi bien, si le rôle de l'intoxication n'est pas niable comme facteur étiologique général de la narcolepsie, du moins cette intoxication ne nous explique nullement le déterminisme même du sommeil paroxystique. En d'autres termes, de même que l'intoxication du cortex, évidente dans certains états psychopathiques, ne nous éclaire nullement sur les modalités d'un délire ni sur sa véritable génèse, de même cette intoxication, à supposer qu'elle existe, dans tous les cas, ce que nous ne croyons pas, ne saurait être acceptée comme l'explication de la crise de narcolepsie.

En réalité, le sommeil pathologique apparaît, de même que le délire, en rapport étroit bien plus avec la constitution psychopathique du sujet qu'avec une cause pathogène déterminée ou un mécanisme humoral défini. Et nous arrivons à cette conclusion que la narcolepsie, expression d'états pathologiques très différents, représente en dernière analyse une aptitude réactionnelle particulière et propre à certains sujets sans que nous puissions, quant à présent, en saisir le principe et la nature.

Nous avons essayé de montrer les particularités symptomatiques des différentes narcolepsies et comment, en partant du syndrome, il était possible de remonter à son origine, la détermination de sa genèse et de son mécanisme sera l'œuvre de l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

—

Narcolepsie en général

ARCLE. Somnolence des obèses. (*Med. Pract. and Circul.*, 1889, p. 165.)

BÖHM. Ueber Narkolepsie. (Thèse de Berlin, 1893.)

PHIPSON. *The Journal of medicine and dosimetrics therapeutics*, oct. 1880.

GÉLINEAU. Sur la narcolepsie, Paris, 1881.

BALLET. Contribution à l'étude du sommeil pathologique. (*Revue de médecine*, 1882.)

CAFFE. *Journal des connaissances médicales pratiques*, 20 août 1862.

THUMEN. Ein Fall von Schlafsucht. (*Canstatt's Jahresbericht*, 1841.)

CAMUSET. *Gazette des hôpitaux*, 1880.

MARROTTE. Un cas de mladie du sommeil. (*Union médicale*, 1862.)

FRICKER. Ein Fall von Schlafsucht. (*Med. Correspondenzblatt der Würtemb. arztl. Vereins*, 1841, Bd. IX.)

CH. FÉRÉ. Somnolence paroxystique héréditaire. (*Belgique médicale*, 1897, t. II, n° 27.)

DANA. On morbid drowsiness and somnolence. (*Journ. of nerv. and mental disease*, janvier 1884.)

MENDEL. Ueber Anfälle von Ausschlafen. (*Med. Wochens*, 1880, p. 266.)

HARP. A case of somnolence. (*Med. Record*, 1890, p. 683.)

FOURNIER. Article cas rares in *Dict. des sciences médicales*, en 60 volumes.

EWEN. A case of narcolepsy. (*Boston med. and surg. Journ.*, 1893, p. 569.)

MORTON. A case of morbid somnolence. (*Journ. of nerv. and mental disease*, oct. 1884.)

FURET. De la narcolepsie. (Thèse de Paris, 1901.)

SAMAIN. Contribution à l'étude de la narcolepsie. (Thèse de Paris, 1884.)

RIBAKOFF. *Archives russes de psychiâtrie e tde neurologie*, 1896, n° 2.

L. LAMACQ. A propos de quelques cas de narcolepsie. (*Revue de médecine*, 1897, p. 699.)

HOLZINGER. Sommeil pathologique. (*Neurolog. Centralblatt*, 1er janvier 1899.)

AGRESSE. Sommeil et insomnie. (Thèse de Paris, 1902.)
WESTPHAL. *Arch. f. Psychiâtrie*, t. XIII, p. 200.
A. SALMON. La fonction du sommeil. Paris, 1910.

Narcolepsie essentielle

MAKINTOSCH. Un cas de narcolepsie. *(Aberdeen medico-chirurg. Society*, 20 fév. 1908.)
ORSAY HECHT. Somnolence morbide. *(Am. Journal of med. science*, mars 1908.)
WILLIAM R. GOVERS. Un cas de narcolepsie. *(Review of neurol. and psychiatry*, août 1907.)
STEPPAN. Un cas de sommeil pathologique. *(Revue de neurologie*, 1904, n° 4.)
G. GÉRARD. Un cas de narcolepsie. (Soc. centrale de méd. du Nord, 8 mai 1903.)
ZELZER. Du sommeil incoërcible. *(Roussky Vratch*, 1901, p. 293.)
LOCHTCHILOFF. Quatre nouveaux cas de narcolepsie. *(Roussky Vratch*, 1895, n° 24.)
MORTON. Case of morbid somnolence. *(Journal of nerv. and mental disease*, 1884, p. 616.)
STERN. Contribution to the pathogenenis of narcolepsy and others forms of morbid sleepiness. *(Med. Record*, 1902, p. 47.)

Narcolepsies dans les tumeurs du cerveau

P. JANET. Kyste parasitaire du cerveau. *(Arch. gén. de méd.*, oct. 1891.)
BRUNS. Die Geschwülste des Nervensystems. (Berlin, 1908, pp. 92, 93.)
SCHUSTER. Psychische Störungen bei Hirnstumoren, 1902.
MENSINGA. Ueber ein Fall von Tumor der Hypophysis cerebri. *(Thèse de Kiel*, 1897.)
RIGHETTI. Contributo clinico e anaotmico-patologico allo studio dei gliomi celebrali, etc. *(Revista di patologia nervosa e mentale* 1903, pp. 241 et 249.)
LUGARO. Glioma bilaterale del centro semi-ovale. *(Rivista di patol. nervosa e mentale*, 1903, vol. 2, p. 49.)
O. SANDRI. Un caso di echinocono multiplo del cervello. *(Rivista di patol. nervisa e mentale*, 2 fév. 1906.)
O. SANDRI. Struma adenomatosa dell' spofisi. Sonno patologica. *(Riv. di patol. nervosa e mentale*, 1909, fasc. VII.)

STAUNENS. *Medizinischer Zeitung*, 1885.

J. HERCOUËT. Le sommeil dans les tumeurs cérébrales. (Thèse de Paris, 1905.)

THOMAS PHILIP COWEN. Un cas de tumeur des lobes frontaux dans lequel le sommeil a été un symptôme très accusé. *(The Journal of mental science*, avril 1902.)

SOCA. Sur un cas de sommeil prolongé pendant sept mois par tumeur de l'hypophyse. *(Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, 1900*, p. 101.)

FRANCESCO FRANCESCHI. Le sommeil pathologique dans les tumeurs du cerveau. *(Rivista di patol. nerv. e mentale*, 1904.)

VOULFOWITCH. Pathogénie du sommeil, en particulier dans les tumeurs cérébrales. (Thèse de Paris, 1905.)

MAILLARD et MILHIT. Un cas de tumeur cérébrale avec sommeil. *(L'Encéphale*, mai-juin 1906.)

G. CATOLA. Contribution à l'étude des tumeurs du corps calleux. *(Neurolog. Centralbl.*, 1909, n° 3.)

F. RAYMOND. Sommeil dans les tumeurs cérébrales. *(Arch. gén. de méd.*, 1905.)

CORTESI. Tumore cerebrale del lobo prefrontale sinistro, fév. 1908, p. 65.

BYCHOWSKI. Die Diagnose und Therapie der Hypophysisgeschwülste. *(Deutsche med. Wochenschr.*, 9 sept. 1909.)

L. BREGMAN et J. STEINHAUS. Deux cas de tumeur de l'hypophyse et de la région hypophysaire. *(Journal de neurologie*, 1907, p. 301.)

PARHON et GOLDSTEIN. Un cas de tumeur de l'hypophyse sans troubles mentaux et sommeil pathologique. *(Journal de neurologie*, janvier 1909.)

Narcolepsies dans les infections

TRANJEN. Die sogenannte Nona. *(Berl. klin. Wochenschr.*, 2 juin 1890.)

BRAUN. Was ist Nona ? *(Deusche mediz. Wochenschr.*, 1890, p. 275.)

F. MULLER. Ueber die cerebrale Störungen nach Influenza. *(Berl. klin. Wochenschr.*, 1890, p. 847.)

HAMMERSCHLAG. Ein Fall von Nona. *(Wien. med. Presse*, 1890, p. 750.)

PRIESTER. Ein Fall von « Nona » nach Influenza. *(Wien. med. Wochenschr.*, 1891, p. 1159.)

LEPECQ DE LA CLÔTURE. Collection d'observations, etc., 1re partie, 1768, p. 479.)

OZANAM. Histoire médicale générale et particulière des maladies épidémiques, 1835, t. I, pp. 161, 198, 203.

R. LONGUET. La nona. (*Semaine médicale*, 1892, p. 275.)

NATHAN RAW. Trance following influenza. (*The Lancet*, 1890, p. 335.)

INGLOTT. Influenza and Catalepsy. (*British med. Journal*, 1890, p. 837.)

KAUMHEIMER. *Amer. Review of insanity and nerv., disease*, déc. 1891.)

HALLAGER. Tilfoelde af Nona. (*Anal. in neurol. Centralblatt*, 1891, p. 174.)

BARRET. *British medical Journal*, p. 1067, 1890.

FROM YOUNG. *Brit. med. Journ.*, 1890, p. 1171.)

Narcolepsies auto-toxiques

SAINTON. Narcolepsie et obésité. (*Revue neurologique*, 30 mars 1901.)

A. ROBIN. Traitement des attaques de sommeil symptomatiques. (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 juin 1895.)

CH. MONGOUR. Maladie du sommeil et myxœdème. (*Presse médicale*, 1898, p. 172.)

BRIQUET. Rapports entre la maladie du sommeil et le myxœdème. (*Presse médicale*, 1898, p. 193.)

RÉGIS et GAIDE. Rapports entre la maladie du sommeil et le myxœdème. (*Presse médicale*, 1898, p. 193.)

HOLZINGER. Curieux état d'ordre pathologique. (*Neurolog. Centralblatt*, 1er janvier 1899.)

BRISSAUD. Urémie cérébrale avec attitudes cataleptoïdes. (*Semaine médicale*, 1893, p. 125.)

BRISSAUD et LAMY. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1890, p. 367.)

LORAND. Myxœdème et maladie du sommeil. (*Presse médicale*, 1905. 6 déc.)

LAMACQ. A propos de quelques cas de narcolepsie. (*Revue de médecine*, 1897, p. 699.)

FUCHS. *Wiener klin. Wochenschr.*, 1903.

MORRISON. Somnolence with cyanosis cured by massage. (*Practitionner*, 1889, p. 177.)

DEBOVE. Leçon sur l'obésité. (*Semaine médicale*, 13 mars 1901.)

CERY. Valeur pronostique de la narcolepsie hépatique. (*Union médicale du Nord-Est*, 1896.)

DUFOSSÉ. Thèse de Paris, 1888, 1889.

L. LEVI. Somnolence et narcolepsie. (*Arch. gén. de méd.*, janv. 1896.)

L. LEVI. Thèse de Paris, 1896.

ARCLE. Somnolence des obèses. (*Med. pract. and circul.*, 1889, p. 165.)
FURET. De la narcolepsie. (Thèse de Paris, 1901.)
CESTAN et HALBERSTADT. *Revue neurologique*, 1902.
ARCLE. *Med. pract. and. circul.*

Narcolepsies dans les encéphalites

KOUCHEFF. Un cas de narcolepsie. (*Revue russe de médecine*, 1903, n° 11.)
BENJAMIN. Ueber den physiologischen und patholog. Schlaf. (*Allg. Zeitschrift f. Psych.*, mars 1898.)
VARIOT. Méningite tuberculeuse des nourrissons, forme somnolente de Lesage. (*Clinique infantile*, fév. 1906.)
MAUTHNER. Polioencephalitis und Schlaf. (*Wien. klin. Wochenschr.*, 27 juin 1891.)
LESAGE et ABRAMI. La méningite tuberculeuse à forme somnolente. (Soc. méd. des hôpit., 1906.)

Narcolepsie de la maladie du sommeil

Toute la bibliographie relative à cette question se trouve dans les publications faites par le « Sleeping Sicknes Bureau » sous le titre de *Bibliography of Trypanosomiasis*. Ces recueils contiennent toutes les indications depuis 1802 jusqu'à 1910.

Narcolepsie des névroses

BERKAN. Ein Fall von Psychose mit halbjäriger Lethargie. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, t. L, fasc. B, p. 526.)
W. JACOBY. Periodical Sleep Seizure of an epilepsie nature. (*The New-York med. Journ.*, 20 mai 1893.)
DEHIO. Ueber einige Schlafzustande. (*St-Petersburger medizinische Wochenschrift*, 29 mai 1893.)
CH. FÉRÉ. De la narcolepsie épileptique. (*Revue de médecine*, 1898, p. 430.)
CH. FÉRÉ. Le sommeil paroxystique. (*Semaine médicale*, 1893, p. 465.)
J. COMBRET. De l'épilepsie larvée. (Thèse de Paris, 1896.)
CHARCOT. L'attaque de sommeil. (*Bulletin médical*, 1888, p. 179.)
WITUG. Un nouveau cas de sommeil hystérique. (Soc. d'Hypnol. et de Psychol., séance du 19 juin 1906.)

BARBIER. Crises de sommeil hystérique. (Soc. d'Hypnol. et de Psychol., 1905.)
ED. JOURDAN. Un cas de sommeil hystérique avec personnalité subconsciente. (Soc. d'Hypnol. et de Psychol., 17 janvier 1905.)
FAREZ. Un sommeil de 17 ans. (Soc. d'Hypnol. et de Psychol., 23 février 1904.)
PARMENTIER. De la forme narcoleptique de l'attaque de sommeil hystérique (Pseudo-narcolepsie hystérique).
GILLES DE LA TOURRETTE. Des attaques de sommeil hystérique. *(Arch. de neurol.*, 1888, pp. 92-266.)
O. KÖLPIN. Hysterische Schlaf und Dämmerzustande mit eigenartigen Augenstörungen. *(Neurolog. Centralbl.*, 1er mars 1900.)
HULKE. Un cas de narcolepsie épileptique. *(Med. Times and Gazz.*, 1881, p. 85.)
BRAID. Neurohypnologie. Trad. par J. Simon.
DECHAMBRE. Art. Mesmérisme in *Dictionnaire encyclopédique*, 2e série, t. VII.
FAREZ. Sommeil naturel et suggestion. (IIe Congrès international de l'Hypnotisme, 1900.)
P. RICHER et GILLES DE LA TOURRETTE. Art. Hypnotisme in *Dictionnaire encyclopédique.*
SEZARY et DE MONTET. Sommeil et narcolepsie épileptiques. *(Revue de médecine*, janvier 1908, p. 10.)
BRIQUET. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 1859.
CHAMBARD. Du somnambulisme en général. (Thèse de Paris, 1881.)
DOUSKOFF. Un cas de catalepsie. (Soc. de Neuro-Pathologie et de Psych. de Kazan, 18 fév. 1907.)
BECHTEREW. Qu'est-ce que l'hypnose ? *(Journal of abnormal psychology*, avril 1906.)
STEPPAN. Un cas de sommeil pathologique. *(Revue neurologique*, 1904, n° 1.)
LANCEREAUX. La dormeuse de Thenelles. (Académie de médecine, 8 mars 1904.)
KELLE. Le sommeil et ses accidents dans l'épilepsie et l'hystérie. (Thèse de Paris, 1900.)
COMBRET. De l'épilepsie larvée. (Thèse de Paris, 1896.)
FÉRÉ. Apathie épileptique. *(Revue de médecine*, 1891.)
FISCHE. Epileptoïde Schlafzustande. *(Arch. f. Psychiatrie*, t. VIII, p. 200.)
HERMANN. De l'état psychique des épilepsies lors d'un réveil forcé après le sommeil post-épileptique. *(Revue russe de Psych., de Neurol. et de Psych. expérim.*, 1903, n° 3.)

Bourneville et Regnard. Sommeil des hystériques. (*Iconographie de la Salpêtrière, 1879-1880.*)

J. Moreau. Traité pratique de la folie névropathique. (*Paris, 1869,* p. 37.)

P. Richer. Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie. (Thèse de Paris, 1881.)

Charcot. Attaques de sommeil. (*Gezette des Hôpitaux.* 1881, p. 1369.)

Al. Salmon. *Sur l'origine du sommeil.* (*Revue de médecine,* 10 avril 1906.)

Lesly. De la narcolepsie. (Thèse de Paris, 1896.)

Waard-Cousin. Cas singuliers de sommeil profond. (*Med. Times and Gaz.,* 1863 et 1865.)

Rousseau. Narcolepsie dans la démence et l'épilepsie. (*L'Encéphale,* 1881, p. 709.)

Spendler. Thèse sur la léthargie. (Paris, 1833.)

Berdinel et Monod. Hystérie et catalepsie. (*Arch. gén. de méd.,* 1875.)

Burette. *Arch. gén. de méd.,* 1877.

Marduel. *Lyon médical,* n° 22, 1872.

Pfendler. Thèse de Nancy, 1876.

Favrot. De la catalepsie. (Thèse de Nancy, 1844.)

Girbal. Observation de mort apparente. (*Gaz. des hôpit.,* n° 36, 1851.)

Haase. Fall eines 54 Tage lang andauernden cataleptischen Zuständen. (*Arch. der Heilk.,* 1868, p. 462.)

Legrand du Saulle. *Gaz. des hôpit.,* 1869.

Parrot. Art. Léthargie in *Dict. des Sciences médicales.*

Armaingaud. Sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'hystérie. (Paris, 1876.)

Debove. De l'apoplexie hystérique. (Soc. méd. des hôp., août 1886.)

Achard. Thèse de Paris, 1887.

Landouzy. Traité complet de l'hystérie. (Paris, 1846.)

Louyer-Villermay. Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie. (Paris, 1816, p. 64, t. I.)

Bourges. De l'hystérie comateuse. (Thèse de Paris, 1875.)

Keser. A case of prolonges Sleep. (*The Journal of mental science,* juillet, 1887.)

Lœwenfeld. Ueber hysterische Schlafzustände. (*Arch. f. Psychiatr.,* XXII.)

Raecke. Ueber hysterische Schlafzustände. (*Berlin. klin. Wochenschr.,* 1904.)

Narcolepsie dans diverses maladies

JONES. Remarkable case of cerebro-spinal disease. *(Med. Record*, mai 1869.)
CHAVIGNY. *Lyon médical*, 1904, p. 1073.
A. ROBIN. *Bulletin gén. de Thérap.*, 15 juin 1895.
TSITRINE. *Gaz. méd. russe*, 1902, p. 484.
SEMELAIGNE. Du sommeil pathologique chez les aliénés. (Paris, 1885.)
GOTTETCHI. Le vegetazioni adenoïdi. *(Arch. di otologia e rinologia*, 1902.)
THOMSON. *Rev. hebd. de laryngol. et d'otologie*, 1907, n° 7.)
CARRIÈRE. Sur un cas de narcolepsie. *(Journal de Bruxelles*, 1877.)
FÉRÉ. Le sommeil paroxystique. *(Semaine médicale.)*
BIGNON. Thèse de Paris, 1880.

La Systématisation des Lésions cutanées

DANS LES MALADIES NERVEUSES

VINGTIÈME CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Sous le Haut Patronage de Sa Majesté le Roi Albert
et du Gouvernement Belge

BRUXELLES-LIÉGE, 1-7 AOUT 1910

La Systématisation des Lésions cutanées

DANS LES

MALADIES NERVEUSES

Par le Dr FÉLIX ROSE

Ancien chef de clinique des maladies nerveuses
Chef de laboratoire à la Clinique des maladies mentales
de la Faculté de Médecine de Paris



BRUXELLES
IMPRIMERIE EM. ROSSEL

—

1910

AVANT-PROPOS

D'un commun accord avec mon distingué co-rapporteur le Dr Sano, nous avons, jusqu'à un certain point, divisé en deux le sujet de ce rapport. M. le Dr Sano s'est chargé surtout de l'exposé théorique de la question ; je me suis réservé avant tout de présenter le matériel clinique, tout en consacrant une partie du travail à la théorie, qui se trouve naturellement moins développée ici. De plus, comme il s'agit de points et de faits encore assez obscurs, j'ai cru nécessaire d'ajouter aux différents chapitres quelques considérations physiologiques.

En dehors d'un chapitre préliminaire sur les généralités, ce travail est divisé en deux parties principales :

1° Systématisation des lésions cutanées dans les maladies du système nerveux ;

2° Lésions cutanées à systématisation nerveuse.

LA

SYSTÉMATISATION DES LÉSIONS CUTANÉES

DANS LES

Maladies de la Peau

PREMIÈRE PARTIE

Généralités.

—

La possibilité d'un rapport de cause à effet entre les troubles du système nerveux et les lésions cutanées a été suggérée par des conditions embryologiques d'une part, par l'observation clinique, c'est-à-dire par la comparaison entre la systématisation des troubles sensitifs et des lésions cutanées, d'autre part.

On sait en effet que le système nerveux se développe aux dépens de l'écto-derme, comme l'épiderme, d'un côté par la gouttière neurale qui donne la moelle, de l'autre par la crête neurale, située à côté de celle-là, dont naîtront les ganglions rachidiens et sympathiques. Or, le tube médulaire est constitué tout d'abord par une série de renflements séparés par des étranglements peu profonds, qui sont en nombre égal à celui des ganglions et qui représentent l'ancienne métamérisation des animaux inférieurs. Chacun de ces métamères émet ensuite une racine antérieure et reçoit un prolongement du ganglion rachidien correspondant. Celui-ci, d'un autre côté, envoie des fibres vers la périphérie qui, s'entremêlant avec celles d'autres ganglions, forment, sauf au niveau du thorax, des plexus, pour gagner ensuite le revêtement cutané. Elles y innervent des territoires qui, ainsi que la clinique et l'expérimentation nous l'ont enseigné, forment des bandes horizontales au niveau du thorax, des bandes longitudinales sur les membres. A chaque segment ganglionnaire correspond donc un territoire cutané, que l'on a appelé dermatomère radiculaire.

Est-ce que, à l'intérieur de la moelle, dont la segmentation apparente extérieure disparaît de bonne heure, les fibres parties du ganglion aboutissent à des centres sensitifs ou se coordonnent d'une façon telle qu'une lésion intramédullaire donne naissance à des troubles sensitifs d'une localisation différente de celle qui résulte d'une atteinte des racines postérieures ? En d'autres termes, peut-on opposer au dermatomère radiculaire un dermatomère médullaire ?

Cette métamérie spinale se caractériserait surtout par ce fait qu'au niveau des membres les dermatomères ne seraient plus représentés par des bandes longitudinales, mais par des terriroires dont les limites transversales correspondraient aux interlignes articulaires.Cette théorie, surtout défendue avec un grand talent par Brissaud, est très combattue. Partisans et adversaires de la théorio s'appuient sur des arguments anatomiques et cliniques.

Tout d'abord, disons que pour la tronc, malgré l'opinion de Brissaud, il n'est plus possible de faire une différence quelconque non seulement entre les territoires radiculaires et métamériques spéciaux, mais encore entre ceux-ci et les territoires de distribution des nerfs thoraco-abdominaux.

Il suffit, en effet, de regarder les schémas radiculaires de Kocher, Thornburn Frenkel, Allen-Starr, Head, pour voir que les bandes radiculaires horizontales dans les parties supérieures du thorax deviennent légèrement obliques en bas et en avant dans les parties inférieures.

D'un autre côté, les dissections minutieuses des nerfs intercostaux de Grosser et Frœhlich (fig. 1), ont montré qu'il en est de même de ceux-ci. Ces nerfs suivent bien dans leur trajet les espaces intercostaux obliques, mais leurs différentes collatérales, d'autant plus longues qu'elles sont plus postérieures, descendent entre les muscles pour aboutir à la peau en des régions situées sur la même horizontale que l'extrémité antérieure du nerf intercostal lui-même. Les bandes horizontales représentant le territoire d'innervation de ces nerfs offrent en des endroits divers(en particulier sur les lignes mammillaire et scapulaire) des élevures et des échancrures, déjà vues par Eichhosıt, et que l'on retrouve sur le schéma radiculaire de Head. Restent donc les membres, dont nous négligerons l'innervation périphérique bien connue.

La théorie de Brissaud n'a pour elle aucun argument anatomique, car on ne peut appeler ainsi le schéma bien connu de cet auteur relatif au renflement cervical, destiné à démontrer la possibilité de troubles à type radiculaire et spinal dans les lésions médullaires. Ce schéma qui montre des étages radiculaires superposés et des étages métamériques spinaux juxtaposés dans le sens horizontal, admet que la substance grise du renflement cervical constitue un prolongement de cette substance vers les membres à innerver, n'est qu'une construction idéale ayant pour but d'expliquer des constatations cliniques. Rien, en effet, ne différencie au point de vue de structure la corne antérieure ou postérieure des derniers segments cervicaux et du premier dorsal, de celle de de n'importe quel autre segment thoracique par exemple, si ce n'est sa richesse en cellules.

D'un autre côté, ce que nous savons du trajet intra-médullaire des fibres sensitives ne plaide pas en faveur de cette théorie. Les fibres de la racine postérieure vont d'un côté constituer le cordon postérieur, de l'autre se jeter dans la

corne postérieure, où certaines se mettent en communication avec les cellules des cornes antérieures (collatérales réflexes), d'autres avec les cellules des colonnes de Clarke et sans doute aussi avec d'autres cellules de la corne postérieure. Nous ne savons rien de précis sur le trajet ultérieur de ces fibres. En somme, comme le fait remarquer très justement Seiffer, la moelle et chaque segment en particulier ne constitue pour la racine postérieure, issue d'un centre cellulaire embryologiquement indépendant de la moelle, qu'un endroit de passage. Il faut ajouter à ces données que les fibres descendantes de chaque racine ne restent pas en communication avec le segment médullaire de même nom que la racine elle-même.

Les preuves cliniques de la théorie de Brissaud ne sont pas beaucoup plus solides. Elles ont leur point de départ d'une part dans les affections cutanées, d'autre part dans les troubles analgésiques et thermo-anesthésiques de la syringomyélie. Alors qu'autrefois il était admis que dans la syringomyélie, ces troubles affectaient la forme de gant, ou bien occupaient la main et l'avant-bras, ou encore le membre supérieur entier, en tout cas, que ses limites étaient perpendiculaires à l'axe du membre. Les choses ont changé de face depuis Max Laehr. Cet auteur, qui fut suivi en France par MM. Dejerine, Raymond, etc. montra que c'était au contraire le type radiculaire qui était habituel dans la gliose médullaire.

Schlesinger, dans son excellent traité, se range à peu près à cette dernière opinion. Pour lui, le type radiculaire est de loin le plus fréquent ; puis vient le type mixte, constitué par l'existence par exemple d'une bande radiculaire interne du bras et une atteinte de la main dans son ensemble; il n'est pas certain qu'en dehors d'une hystérie associée, le type segmentaire de Brissaud puisse se rencontrer. Notre expérience personnelle plaide absolument dans le même sens. Nous n'avons jamais vu le type spinal de Brissaud, nous avons rencontré quelquefois le type mixte, très souvent le type radiculaire. Au point de vue du type segmentaire de Brissaud, il faut d'ailleurs ne pas perdre de vue le fait suivant : Il ne suffit pas, pour affirmer ce type, de rencontrer par exemple une anesthésie de la main limitée plus ou moins exactement par le pli de flexion du poignet; car d'un côté nous savons que les troubles sensitifs légers ont une tendance à se manifester d'abord à l'extrémité d'un membre ; ils y sont également plus accentués dans l'hémiphlégie sensitive, et ceci sans doute à cause des troubles vasculaires tant mécaniques que vasomoteurs, si fréquemment associés aux troubles anesthésiques et dont nous verrons la prédominance aux extrémités. Pour prouver l'existence de ce type, nous demanderons qu'on montre une anesthésie respectant la main et prenant par exemple tout l'avant-bras.

Une autre considération qui nous paraît également avoir quelque valeur contre la théorie métamérique spinale, est que, pour trois segments qu'il y a dans chaque membre, il existe cinq segments médullaires. A ceci on pourrait répondre ou bien que ces segments, comme l'indique le schéma de Brissaud, sont transformés et réunis, soit dans le sens vertical, soit dans le sens transversal, en trois segments fonctionnels correspondant à la main, à l'avant-bras et au bras, ou bien que la limite du territoire de chaque territoire d'innervation métamé-

rique spécial, ne correspond pas exactement aux interlignes articulaires ; dans ce dernier cas, il faudrait encore dire où se trouvent ces limites ; dans le premier il faudrait nous montrer sur des coupes au moins l'esquisse de cet agencement.

Est-ce que l'embryologie peut nous fournir quelques données relatives à cette question ?

D'après Hertwig, qui, dans une lettre à Blaschko en 1900, a confirmé ce qu'il dit dans son *Traité*, l'ectoderme cutané est constitué chez l'embryon par une surface continue, qui se met en rapport par sa face profonde avec le mésoderme pour former la peau. Ceci n'entraîne d'ailleurs pas comme conséquence que la peau se forme partout simultanément. Cependant on peut, d'une manière idéale, se représenter dans le métamère embryonnaire un dermatomère, correspondant aux métamères musculaire, vertébral, etc. Voigt,dans chaque dermatomère ainsi compris, distingue plusieurs parties ou plaques dont l'étendue est donnée par les rameaux des nerfs intercostaux et distingue des plaques postérieure, latérale et antérieure qui sont limitées par des lignes verticales, auxquelles on a fait jouer un grand rôle en dermatologie.

Il fonda cette division sur l'idée que les nerfs, allant du système nerveux à la périphérie par le chemin le plus direct, doivent suivre les lignes générales de croissance des tissus et de la peau en particulier. Pour les membres il fait passer ces lignes entre les territoires des nerfs issus des plexus lombaire et sciatique, soit entre ceux des nerfs venus des branches supérieures et inférieures du plexus brachial.

Pour les membres nous avons encore un autre travail, qui jette quelque lumière sur notre sujet, celui de Bolk. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les figures de cet auteur (fig. 2) représentant les relations successives des dermatomères pendant la formation d'un membre pour voir que ceux-ci s'avancent d'autant plus vers l'extrémité du membre qu'ils sont situés plus près de la ligne axiale ; qu'ils ont une tendance à prendre la forme de bandes longitudinales, et enfin, point sur lequel nous aurons à revenir plus loin, que des segments cutanés, ne se suivant pas comme numéro d'ordre, se trouvent contigus.

Ajoutons d'ailleurs que le dermatomère que nous avons jusqu'à présent considéré comme une construction idéale, existerait en réalité d'après les travaux de Kollmann.

Les expansions du système nerveux ne se mettent que secondairement en relation avec ces dermatomères, ce qui pour toute une catégorie de malformations doit faire prévoir que, nées avant cette communication, elles peuvent se développer soit dans le territoire, soit sur les limites d'un dermatomère et, malgré leur disparition apparemment nerveuse, prendre naissance en dehors de toute influence du système nerveux.

Ainsi donc l'embryologie est, elle aussi, défavorable à la théorie de Brissaud. La question des dermatoses mise à part, on se demande comment a pu naître l'idée d'une segmentation transversale des membres au point de vue sensitif ; les membres développent sous la forme d'excroissances latérales et il faut se représenter les bras et les jambes horizontaux pour comparer les conditions de l'adulte à celles de l'embryon, la position habituelle des membres résultant de la rotation qu'ils ont subie au cours de l'évolution. Le fait d'une métamérisation osseuse

et même musculaire, si tant est qu'elle existe, ne permet pas de conclure à la métamérisation identique de la peau. Et même pour les os, les cas d'absence congénitale du radius et du pouce semblent indiquer une disposition radiculaire du squelette (Français et Egger).

Il ne faut pas croire d'ailleurs que l'exacte distribution des racines sensitives soit connue. Les divers schémas présentent des divergences assez notables et ceci pour plusieurs raisons : parce que celui de Head a été surtout construit en partant des éruptions zostériennes, tandis que ceux de Kocher et de Thornburn reposent sur les anesthésies. Or, on sait depuis Sherrington que les divers territoires se recouvrent et que chaque territoire est innervé par trois racines. Pour arriver à déterminer le territoire d'une seule racine on a donc été obligé de faire des espèces de soustractions en déterminant le territoire de la première dorsale par exemple par des cas lésant soit cette racine, soit les deux racines supérieures et inférieures. De plus Sherrington a montré que, sans parler d'autres variations individuelles, le territoire d'une même racine peut être situé plus près de l'extrémité otale ou être plus proche de l'extrémité anale *(prefixed* et *post fixed type)*.

Tout récemment, M. Calligaris (d'Udine) a émis une nouvelle façon de voir relative aux troubles sensitifs, façon de voir toute clinique d'ailleurs. Il a cru découvrir sur tout le revêtement cutané de l'homme normal ou hyperesthésique un système de lignes hyperesthésiques horizontales et verticales distantes d'un millimètre et formant ainsi des carrés d'une superficie d'un millimètre carré. Il a de plus cru constater que les diagonales de ces carrés étaient également hyperesthésiques. Il existe donc pour lui tout un système de lignes axiles, perpendiculaires à l'axe et obliques, suivant lesquelles serait orientée la limite des hyperesthésies et des anesthésies, ainsi que de certaines dermatoses. Nous n'avons pu contrôler les assertions de M. Calligaris, qui a cherché d'ailleurs à se mettre à l'abri de l'autosuggestion autant que possible. Il nous semble pourtant qu'une systématisation aussi géométrique doit être étrangère à un phénomène naturel et qu'avec une quantité aussi prodigieuse de lignes, susceptibles de déplacements, on peut toujours expliquer une limite d'anesthésie quelconque et qu'une systématisation pareille est presqu'une négation de toute systématisation.

Nous allons examiner maintenant quelle réponse va nous donner l'étude des manifestations cutanées dans les maladies nerveuses et l'examen des maladies cutanées à disposition nerveuse. Nous n'étudierons pas seulement les altérations de l'épiderme et de ses glandes, mais encore celles du derme, que chez l'adulte il est impossible de séparer du revêtement épithélial, c'est-à-dire en particulier les troubles vasomoteurs. Nous ne limiterons pas aux affections médullaires. mais considérerons également les maladies cérébrales et périphériques et nous donnerons chemin faisant les indications anatomiques et physiologiques que nous possédons relatives à l'influence du système nerveux sur la peau elle-même, ses annexes, ses glandes et ses vaisseaux.

Il ne faut pas oublier, en outre, que la question vient encore se compliquer par la participation à l'innervation de la peau du grand sympathique. Ce système a gardé également chez l'homme sa métamérie parfaite à partir du thorax,

imparfaite au niveau du cou par la coalescence des ganglions de la chaîne en deux ou trois ganglions, et la coalescence fréquente des ganglions cervical inférieur et premier thoracique. Malheureusement, nous ne savons absolument rien de la distribution cutanée de ce nerf, qui régit la pathologie des glandes sudoripares, des vaisseaux et sans doute des poils. Comme, ainsi que nous le verrons, les troubles vasomoteurs semblent avoir une grande influence sur les troubles dits trophiques de la peau, nous commencerons, dans l'exposé des faits cliniques et physiologiques, par rapporter les faits recueillis relatifs aux troubles sudoraux, vasomoteurs, pileux, pour n'envisager qu'ensuite les troubles trophiques. Dans cet exposé nous négligerons de parti pris toutes les altérations diffuses, non susceptibles d'une systématisation quelconque.

De plus, nous ne nous occuperons pas des névroses pures, telles que : hystérie, neurasthénie, psychosthénie, etc., qui ne sont pas suffisamment définies non seulement au point de vue nosographique, mais encore et surtout au point de vue de la physiologie pathologique, pour qu'il soit possible d'en tirer quelque conclusion.

DEUXIÈME PARTIE

Altérations de la peau, de ses annexes, de ses glandes et de ses vaisseaux dans les maladies du système nerveux

TROUBLES SUDORAUX (*).

L'existence des nerfs excitateurs de la sudation est incontestable ; la production de sueurs par excitation du sciatique jusqu'à 45 minutes après la mort (Adamkiewiez) ou après suppression de la circulation dans le membre correspondant par ligature de l'aorte (Ostroumoff) ou de l'artère crurale (Schlesinger), ou encore par amputation démontre que celle-là n'est pas due à l'hyperhémie. Inversement, après section du sciatique, le membre correspondant ne sue pas lorsqu'on le soumet à des conditions favorables à la sudation.

D'un autre côté, les physiologistes, partant de l'expérience de Dupuy qui, par la section du sympathique cervical provoque l'hypersécrétion et la vasodilatation de l'hémiface homolatérale, admettent que ces fibres passent par le système sympathique. Pour les uns (Schlesinger, Nawrocki, Langley) toutes les fibres passent par les rami communicantes, vers le sympathique ou au moins entrent en relation avec celui-ci ; pour d'autres (Vulpian, Adamkiewiez) certaines fibres sudorales cheminent dans l'intérieur des nerfs cérébro-spinaux. Chez le chat, Nawrocki et Langley admettent que les fibres destinées à la face passent par les 2e et 3e racines dorsales et gagnent à travers le plexus carotidien le nerf maxillaire supérieur ; pour la patte antérieure, leur chemin est constitué successivement par les 4e à 9e racines dorsales, le ganglion cervical inférieur, la plexus brachial et les nerfs médian et cubical, et pour la patte postérieure la 12e racine dorsale et les 3 premières lombaires, les 2 derniers ganglions sympathiques lombaires et les 3 premiers ganglions sacrés, le plexus de l'artère

(*) Pour la partie physiologique, nous nous sommes servis grandement de l'excellent livre de Cassirer : *Die Vasomotorischen u. trophischen Neurosen*. Berlin. Karger 1901.

iliaque et le sciatique. Il en ressort que les fibres sudorales ne gagnent les nerfs sensitifs ou mixtes que par des voies détournées.

Plus haut on détermine expérimentalement des centres sudoraux dans la moelle dorso-lombaire et la moelle cervicale inférieure, et de plus Nawrocki et Adamkiewicz admettent un centre bulbaire agissant sur toutes les fibres sudorales du corps. Au contraire, par excitation de l'écorce on ne peut jamais influencer la sécrétion des glandes sudorales.

En clinique, les troubles sudoraux ont été surtout étudiés par P. Raymond, Kaiser, Tenscher, Pardi, etc. La plupart des cas se rapportent à de l'exagération de la fonction ; l'abolition a été plus rarement observée. Malgré l'absence d'autopsie confirmative de la localisation lésionnelle supposée dans l'immense majorité des cas, malgré l'incertitude clinique de certaines localisations, la documentation nous semble suffisante pour permettre de suivre le trajet des voies sudorales à travers le système nerveux de l'homme, c'est-à-dire pour pouvoir tirer de l'examen du trouble sudoral des conclusions sur le siège possible d'une lésion.

Dans les affections cérébrales déterminant une hémiplégio, l'éphidrose du côté paralysé a été maintes fois observée, ainsi par Bichat, Roque, Eulenburg, Erb, Kaiser, Ringer, Sidney, Burry ; Chevalier parle même d'hémiplégies sudorales. Strümpell et Gowers font, il est vrai, remarquer que ce phénomène s'observe surtout lorsque les reins sont en même temps malades. Des affections cérébrales peuvent également ne déterminer qu'une hyperhidrose localisée à une moitié de la face. Le cas publié par Meschede dans lequel l'autopsie révéla une atrophie des circonvolutions de la base, une étroitesse de la cavité crânienne et une dégénérescence kystique des reins, n'entraîne pas la conviction. Plus important est celui de Morselli : chez son malade, se développa lentement une faiblesse des membres, puis une paralysie de la jambe droite ; la moitié droite de la face devint plus rouge et plus chaude, enfla et présenta sur la face des sueurs ; à la nécropsie se rencontrèrent un gliome de la partie antérieure de l'hémisphère gauche s'étendant jusqu'au corps strié et des altérations du ganglion cervical supérieur droit, consistant en une augmentation irrégulière du ganglion, une pigmentation des cellules et une augmentation du tissu interstitiel. Raymond, Pandi n'attachent pas d'importance à ces dernières modifications et attribuent le trouble sudoral à la lésion cérébrale. Pandi vit un malade qui, à la suite d'un traumatisme crânien, présenta des secousses du bras gauche et une paralysie faciale du même côté, celle-ci atteignait également le facial supérieur ; mais l'absence d'altération des réactions électriques devait lui faire attribuer une origine sus-nucléaire ; on observait en même temps un clonus bilatéral aux pieds, de l'exagération des réflexes patellaires, des élévations thermiques transitoires ; quatre ans après l'accident débuta l'éphidrose du côté gauche de la face, non accompagnée de troubles vasomoteurs, la pupille gauche était un peu plus large que la droite. Pandi admet une lésion corticale.

D'autres observations semblent prouver en effet que les lésions de l'écorce peuvent se traduire par des troubles sudoraux ; dans un cas de Senator, une attaque d'apoplexie avait laissé derrière elle de l'ataxie corticale, des convulsions et de l'hyperhydrose du bras gauche qu'expliqua la rencontre d'un abcès

du centre cortical du bras dans l'hémisphère droit ; Bloch a vu des sueurs localisées au bras droit atteint de paralysie corticale traumatique ; Hitzig a observé de l'hyperhydrose de tout le côté droit, chez un malade atteint de crises jacksoniennes droites, de paralysie du bras du même côté, d'embarras de la parole : la pupille droite était plus grande que la gauche.

Les sueurs observées chez les épileptiques, par Anstie, Emminghaus, Teuscher, Koranyi auraient également une origine corticale.

Dans la paralysie générale Mickle a vu une éphidrose faciale unilatérale, tantôt simple, tantôt associée à une parésie transitoire de la face du même côté, tantôt réunie à de l'hyperthermie et de l'étroitesse pupillaire et à des crises convulsives homo-latérales. Dans ce dernier cas, il y a cependant lieu de se demander s'il ne faut pas incriminer une lésion du sympathique. Enfin, récemment, Autheaume et Mignot ont insisté sur la fréquence de l'hyperhidrose des mains chez les déments précoces peu avancés et ils ont observé des crises sudorales des mains, qu'ils comparent à celles décrites par Pitres et Marandan de Montyel chez les paralytiques généraux.

Dans les affections de la protubérance et du bulbe nous savons peu de chose sur les troubles sudoraux. Kaposi a vu une malade atteinte d'hyperhidrose croisée (côté gauche de la face, côté droit du corps). Adamkiewicz, Traube auraient rencontré des sueurs profuses chez les malades porteurs de tumeurs de la moelle allongée.

Affections médullaires. — Les anomalies sudorales s'observent avant tout dans la *syringomyélie*. D'après Schlesinger on peut d'une façon générale distinguer quatre types. Un premier type est constitué par une hyperhidrose ou une anhidrose d'un côté de la face, limitée strictement par la ligne médiane ; le trouble siège plus fréquemment sur le côté anesthésique (Bernhardt, Seeligmüller, de la Camp, etc.), que sur le côté sain (Jolly). Parfois, du même côté, on observe des troubles sympathiques, voire même de l'hémiotrophie faciale (Dejerine-Mirallié, Schlesinger) ; dans une observation de Neuhaus il existait une éphidrose faciale gauche et des troubles vasomoteurs du côté opposé de la face. D'autres fois la partie supérieure (front et tempe) est plus particulièrement atteinte d'hyperhidrose (Rumpf) ou seule atteinte d'anhidrose (Schlesinger).

Dans un deuxième type, l'anomalie sudorale atteint le membre supérieur (Brandt, Bernhardt, Adler, etc.) ; elle est souvent plus prononcée à la main ; celle-ci fut seule atteinte dans le cas de Pal : elle était chiromégalique ; dans une observation de Schlesinger et Schnitzler elle échappa au contraire à l'hyperhydrose qui frappa le reste du membre supérieur.

Rarement on constate une hyperhidrose isolée d'une moitié du thorax limitée en bas par une ligne horizontale passant entre les sixième et douzième côtes. Le anomalies de ce territoire se combinent en général avec celles du bras, du cou et de la face, superposées le plus souvent aux troubles analgésiques (P. Raymond, Tambourer, etc.) ; elles atteignent exceptionnellement tous ces territoires d'une façon simultanée (Brasch et Braschko); d'ordinaire l'envahissement est descendant : face d'abord, puis bras et tronc (Raymond, Laehr), moins fréquemment

ascendant (Hoffmann). L'hyperhidrose dans les cas de Brasch, Braschko et Schlesinger précéda de loin les autres symptômes syringomyéliques.

Un quatrième type enfin est représenté par l'observation de Strümpell, dans laquelle le ventre et le membre inférieur droit furent le siège de l'hyperhidrose. Le pied et la moitié inférieure de la jambe pourraient être seuls atteints.

Dans d'autres affections médullaires on a signalé des troubles sudoraux : ainsi, dans la sclérose en plaques, on a vu de l'hyperhidrose faciale unilatérale, de l'hyperhidrose d'un membre supérieur avec hypothermie de celui-ci (Oppenheim). Dans le tabes dorsalis, Pierret a observé l'anhidrose d'une moitié du corps, Putnam celle de la moitié sous-ombilicale du corps, Remak de l'ephidrose faciale. Raymond et Artaud ont vu chez un malade présentant des troubles trophiques des dents et des ongles, survenir quelques heures après le repas de l'hypersécrétion lacrymale et sudorale à la face du côté droit. Dans une observation de Eulenburg et Guttmann, il existait de l'hyperhidrose gauche de la face et des membres, jointe à un syndrôme oculo-sympathique homolatéral. Dans ce cas, comme souvent dans le tabes qui attaque le système sympathique extramédullaire avec fréquence, il ne faut pas se hâter de conclure à la nature médullaire du trouble. Celui-ci survient parfois à la suite de douleurs fulgurantes, sans occuper toujours le même territoire qu'elles.

Dans les compressions et sections supérieures de la moelle on rencontre parfois une hyperhidrose de tout un côté du corps. Comme les fibres oculo-pupillaires du sympathique cervical parcourent la moelle cervicale de haut en bas (Kocher), on en conclut que les fibres sudorales doivent suivre un trajet analogue. Il n'est pas sans intérêt à ce point de vue de rappeler que chez un malade de O. Berger, atteint d'ephidrose faciale unilatérale, on provoquait une douleur intense par pression sur les dernières vertèbres cervicales.

Dans les compressions on a encore signalé l'hyperhidrose de la région paralysée et anesthésique ou au contraire celle de la partie sus jacente.

D'un intérêt plus grand sont les observations de paralysie infantile avec anhidrose du membre paralysé. (Erb, Adamkiewicz Leyden-Goldscheider, etc., Higier.) Dans les schémas que donne ce dernier auteur, la limite du trouble est représentée par les lignes de séparation du bras avec l'épaule, et de la cuisse avec le bassin ; il ne dit pas cependant si la limite fut en réalité ainsi tranchée.

Nous n'insisterons pas sur les troubles sudoraux faciaux dans les affections du grand sympathique cervical, à la suite d'anévrisme de la croix de l'aorte (Gairdner, Bartholow), de blessure (Weir Mitchel) ou de suppuration du cou (Ogle) de ligature de la carotide (Verneuil), de lésions pulmonaires (Guttmann, P. Raymond), d'affections thyroïdiennes (Franckel, Nitzelnadel). Ce qu'il faut retenir, c'est que l'anhidrose peut s'accompagner de phénomènes d'excitation des fibres oculo-pupillaires du sympathique et l'hyperhidrose de symptômes traduisant la paralysie de celles-ci.

Plus loin vers la périphérie, Debrousse et Latour ont vu l'ephidrose faciale du côté d'une névralgie du trijumeau ; de même Olivier : chez son malade la névralgie n'occupait que le rameau supérieur, l'ephidrose toute la moitié de la face.

Dans le cas de Riehl, des symptômes sympathiques se trouvaient associés. La

combinaison d'anhidrose faciale dans les paralysies faciales fut signalée par Straus et Bloch; mais on y rencontre aussi bien l'hyperhidrose (Windscheid, Nitzelnadel, Schultz) qui tantôt rétrocède avec la paralysie, tantôt lui survit.

Quant aux autres nerfs périphériques, on s'accorde en général avec Weir-Mitchell, pour lequel la section totale du nerf provoque l'anhidrose, la section incomplète l'hyperhidrose dans le territoire du nerf. Si dans un cas de Dechio (résection) l'anhidrose semblait vraiment occuper le territoire du cubital, la plupart des observations déjà anciennes ne contiennent pas de schéma, de sorte qu'il est difficile de juger de la systématisation de ces troubles; il convient même de rappeler à ce propos que pour Adamkiewicz les fibres sudorales accompagnent les nerfs moteurs.

Pour résumer ce qui a trait aux troubles sudoraux, nous pouvons dire que chez l'homme il existe une série de centres régulateurs de la sécrétion sudorale. Il en existe au niveau de l'écorce, peut-être au niveau des circonvolutions motrices; comme pour la motricité, il y aurait un centre pour l'hémi-face et pour chacun des membres du côté opposé. Rien ne prouve qu'il existe des centres sous-corticaux; les fibres sudorales qui vont de l'écorce au bulbe semblent s'entrecroiser, comme les fibres motrices à des hauteurs différentes, pour aboutir à un centre impair ou pair situé dans le bulbe; de là elles descendent dans la moelle, distinctes des fibres vasomotrices, où elles se rendent à quatre centres pairs, pour la face, le membre supérieur le thorax, pour la partie inférieure du tronc et le membre inférieur. Les deux premiers seraient situés dans la moelle cervico-dorsale. (Schlesinger). Alors que Charcot les localisait à la base de la corne postérieure, les faits d'anhidrose dans la poliomyélite antérieure militent plutôt en faveur de la corne antérieure (Adamkiewicz et Bial).

Quant à la systématisation des troubles sudoraux dans les affections médullaires, il semble incontestable que les troubles peuvent se localiser d'une façon segmentaire; l'exagération des phénomènes à l'extrémité d'un membre importe, là aussi, assez peu; par contre, l'intégrité de la main dans le cas de Schlesinger et Schnitzler nous semble de la plus haute signification. Au contraire, on ne connait pas d'exemple d'hyperhidrose ou d'anhidrose à distribution radiculaire.

D'un autre côté il n'est pas inutile de rappeler que des hyperhidroses localisées se voient en dehors de toute affection classée du système nerveux, soit chez des individus normaux, soit chez des névropathes, parfois d'une façon héréditaire, soit à la suite d'infections, la grippe en particulier, de sorte qu'il est nécessaire de s'assurer par l'interrogatoire que le trouble sudoral n'a pas existé antérieurement et la maladie nerveuse; de plus, en particulier dans les névrites et les maladies douloureuses, l'hyperhidrose se fait souvent par excitation réflexe du centre sécrétoire et n'a alors qu'une valeur localisatrice atténuée.

Les troubles systématisés de la fonction des glandes sébacées sont rares. Dans une syringobulbie, Guttrie a vu survenir une séborrhée du côté gauche du cuir chevelu.

II. — TROUBLES VASOMOTEURS, PURPURA, ÉCHYMOSES.

Voici les faits principaux que nous a fait connaître l'expérimentation sur les animaux : Il existe dans le bulbe un centre vasomoteur commun à tout le corps, que, à la suite de la fameuse expérience de Cl. Bernard, Ludwig et ses élèves ont localisé au niveau du plancher du 4me ventricule; il commence à 3^{mm} au-dessus de la pointe du calamus scriptorius et se termine au niveau de l'origine du facial. Il est possible qu'il se divise en centres partiels pour les différentes parties du corps. Son excitation produit une vaso-constriction générale, sa paralysie une vaso-dilatation. D'après Dittmar et Langley, les fibres qui en partent descendent dans la moelle, dans la partie antérieure du cordon latéral. Elles se terminent à différentes hauteurs de la moelle dans la substance grise, pour les uns autour des cellules des cornes latérales cervicales ou du groupe latéral de la corne antérieure dorsale (Biedl), pour les autres autour des cellules centrales (Hoeben, Huet), pour d'autres encore autour des grosses cellules des cornes latérales, des cellules des colonnes de Clarke, de cellules isolées des cornes postérieures et des petites cellules des cornes latérales (Onuf et Collins, Trouchkofsky). Cassirer et Lapinski n'arrivèrent avec la même méthode (dégénération rétrograde) qu'à des résultats négatifs. De là partent de nouvelles fibres qui, par les rami communiquants, vont aux cellules des ganglions sympathiques plus ou moins éloignés. Enfin les fibres qui s'en détachent vont se terminer librement dans les vaisseaux.

Pour le revêtement cutané, voici l'origine des fibres se rendant à ses différents territoires. Pour la première branche du trijumeau, elles viennent directement du bulbe en compagnie des fibres allant à l'iris, à la choroïde et à la rétine. Pour la plus grande partie de la tête, les vasomoteurs passent par le sympathique cervical, dans lequel se jettent les rami communiquants cervicaux et 7-8 premiers dorsaux. Pour le membre supérieur, elles viennent des 4e-10e racines dorsales, passent par le ganglion cervical inférieur et se jettent dans le plexus brachial ; pour le tronc elles sortent des racines dorsales et lombaires ; enfin pour le membre inférieur, des trois dernières racines dorsales et des trois premières lombaires, en passant par les derniers ganglions lombaires et les premiers sacrés.

Au-dessus du bulbe, il semble ressortir des expériences d'Eulenburg et Landois qu'il existe au niveau de l'écorce pour les membres du côté opposé du corps un centre vasomoteur, dont la destruction produit de l'hyperthermie, et l'excitation de l'hypothermie. Il correspondrait à peu près au centre moteur de ces membres. D'autres centres de régulation thermique semblent exister au niveau du corps strié, et surtout du noyau caudé (Ito, Aronson).

Au point de vue physiologique, nous nous contenterons de rappeler qu'il existe des fibres vasoconstrictives et des fibres vasodilatatrices ; pour celles-ci seule l'excitation est suivie d'effet ; que la régulation vasomotrice se fait par voie réflexe ou par action directe locale ; qu'il existe également des nerfs vasomoteurs pour les veines Vulpian, Ranvier, Goltz).

Chez l'homme, les centres et les voies vasomoteurs ont probablement une localisation analogue, mais malgré les travaux de Reinhold, de Hellweg, etc., rien de certain n'est encore connu au point de vue anatomique.

Au point de vue clinique, nous devons distinguer entre les troubles vasomoteurs proprement dits et le purpura.

Dans les lésions cérébrales, les troubles vasomoteurs ont été décrits dans beaucoup de cas. Ils occupent le côté paralysé ou sujet aux convulsions, tant dans les lésions corticales (Rossolimo, Friedländer, Schlesinger) que dans les hémiphlégies vulgaires. Le plus souvent le côté paralysé est plus froid, rarement c'est l'inverse. La dermographie, suivant Parhon et Goldstein, est également plus accusée du côté opposé à la lésion. Les troubles tant vulgaires qu'œdémateux, sont surtout prononcés aux extrémités : pied et main. L'antagonisme qui existe dans les observations des auteurs roumains entre l'exagération du dermographisme et l'hypothermie d'un même membre, est peut-être simplement dû à ce que celui-là est un phénomène local, celle-ci un trouble des réflexes vasomoteurs généraux. Cette interprétation nous semble d'accord avec les expériences que fit M. Hallion sur les malades bulbaires de M. Babinski.

On peut également rencontrer ces troubles en dehors de toute paralysie : ainsi Kaiser, White, Guicciardi et Petrazzani, Minor, etc., les ont vus dans les lésions du noyau caudé, Upsensky, Petrina, Jackson et Rémy, Anton, Roussy dans celles de la couche optique. Ce dernier n'en a pas rencontré dans ses expériences de destruction du thalamus. Ott, Hellweg, nous-même avec M. Raymond, les ont décrits dans les lésions du tronc encéphalique; dans notre cas elles s'accompagnaient d'anesthésie douloureuse du même côté. A ce propos nous voudrions encore citer un cas inédit de maladie de Parkinsom, maladie dont la lésion a au moins de grandes chances d'être située dans la région sous-thalamique, qui présentait des troubles vasomoteurs croisés : face du côté gauche, membres du côté droit.

Malgré l'opinion d'Ott qui veut distinguer six centres vasomoteurs encéphaliques, il est impossible de savoir si dans ces cas il s'agit d'une atteinte de centres on de voies descendantes. Kaiser tend à admettre que lorsque, en cas de lésion limitée, le trouble vasomoteur s'accompagne de paralysie, et en particulier lorsque, comme dans une observation d'Hermanidès, le trouble vasomoteur reste localisé à un seul membre monoplégié, la lésion est corticale; lorsque tout le côté (la face peut être respectée) est pris, le noyau caudé serait à incriminer.

Pour le bulbe on connaît les observations de Babinski : syndrôme oculaire sympathique d'un côté, hypoesthésie du type syringomyélique et trouble vasomoteur du côté opposé, titubation cérebelleuse. Avec Hallion, Babinski a montré que la caractéristique de ces troubles consistait en une diminution et une lenteur des réflexes vasomoteurs et le peu d'amplitude du pouls capillaire. Ces observations montrent qu'une lésion bulbaire peut n'intéresser que les voies vasomotrices d'un seul côté.

Dans les maladies médullaires, les troubles vasculaires sont également fréquents. Dans la syringomyélie on rencontre, tantôt des érythèmes ou plaques apparaissant tantôt ici, tantôt là sans systématisation aucune (Moebius, Schlesinger, etc.), dus probablement à une irritation directe. Des hyperhémies pas-

sives se voient fréquemment et d'une façon précoce; elles siègent aux extrémités: mains et pieds et dans la partie voisine de la jambe et de l'avant-bras, accusées surtout aux doigts et orteils. Ces régions sont livides ou plus souvent cyanosées. Les œdèmes qui ressemblent beaucoup dans leur évolution à l'œdème angioneurotique de Quincke, ont le plus souvent même localisation, ils peuvent prendre la main et tout l'avant-bras (Ewald et Schlesinger), ou tout le membre supérieur et les parties avoisinantes du thorax.

Fürstner et Zacher le virent envahir les parties proximales du bras et de l'avant-bras. Kofend l'observa à plusieurs reprises autour de l'épaule. Ces troubles occupent des membres malades. La main succulente de Marie, Marinesco, Raymond qui se voit d'ailleurs également dans d'autres affections atrophiques (poliomyélite chronique-Déjerine) est constituée par un gonflement du dos de la main : des facteurs mécaniques semblent y intervenir pour une bonne part (Crocq). Crocq a décrit également un pied succulent.

Dans les compressions médullaires, Kocher le premier a insisté sur les vaso-dilatations ou plus rarement vasoconstrictions qui frappent les membres paralysés; troubles résultant sans doute, soit de la paralysie, soit de l'excitation des centres vasomoteurs médullaires situés en dessous de la lésion par interruption totale ou incomplète des voies vasomotrices.

L'hypothermie avec aspect cyanosé des membres paralysés et atrophiés dans les paralysies infantiles, poliomyélites aiguës et chroniques de l'adulte, qui elle aussi est surtout accusée aux extrémités, est trop connue pour que nous y insistions.

Dans le tabes, les troubles vaso-moteurs ne présentent pas de particularités ; on les rencontre davantage dans les ataxiques avancés et relèvent peut-être de la névrite périphérique tabétique. Les altérations du plexus brachial (Jacobsohn, M. Egger) soit totales, soit localisées aux racines inférieures provoquent une localisation analogue à celle des maladies médullaires. Il en est de même des polynévrites.

Quant aux névrites localisées traumatiques, soit du sciatique (Rochet, Bouilly et Mathieu), du musculo-cutané (Mougeot), du médian (Le Dentu), des différentes branches des sciatiques poplités interne et externe, elles s'accompagnent parfois d'œdème dans le territoire du nerf affecté. De même en cas de névralgie (Hamilton, Watson, Cahen, Oppenheim). Une vasodilatation avec hyperthermie a été rencontrée dans les mêmes circonstances; parfois peut-être une dilatation des grosses veines du membre inférieur au cours de la sciatique (Potain, Sonnenburg, etc.), il n'apparaît pas que les troubles vasomoteurs soient localisés strictement au territoire du nerf lésé, ce qui n'est d'ailleurs pas suprenant ; les œdèmes et les vasadilatations superficielles semblent occuper toujours les mêmes régions : dos de la main et du pied, avant-bras (face postérieure surtout) c'est-à-dire des régions à tissu cellulaire lâche.

Hémorrhagies cutanées et purpura. — Gibert signala l'existence de purpura sur le côté paralysé d'un hémiplégique ; chez un tel malade, Roumenteau en vit sur les orteils anesthésiés; mais son malade était un grand infecté.

Dans la paralysie générale, Savage observa des pétéchies symétriques sur les régions interne et externe des deux membres inférieurs, Cololian sur toute

l'étendue de ces membres. Dans la méningite tuberculeuse, on a décrit des échymoses symétriques des avant-bras et des cuisses (Troisier), des pétéchies généralisées précédées par une douleur du 4e nerf intercostal avec pétéchies sur son trajet (Roumenteau), du purpura symétrique des cuisses dans la méningite saturnine (Mosny et Malloizel). Dans le tabes, les échymoses consécutives aux crises douloureuses siégent dans le territoire des nerfs siège des douleurs, mais ne les occupent que partiellement et d'une manière peu systématique; ainsi il en fut dans les cas de Straus, de Faisan. Janowski a vu du purpura occupant les jambes et l'épigastre. Dans la myélite transverse Faisans l'a vu sur les jambes et les pieds, dans un cancer de la colonne vertébrale il a constaté du purpura symétrique sur le tiers supérieur de la face extérieure des jambes. Dans un cas de syringomyélie fruste, Klippel et Monier-Vinard virent des télangiectasies occuper le côté gauche de la moitié supérieure du corps, y compris le membre supérieur.

Dans la sciatique, Faisans a décrit des échymoses, siégeant sur la face antérieure de la jambe et autour du genou; dans un autre cas, elles occupaient la face antéro-interne de la jambe, la fesse, la face externe de la cuisse. La sciatique bilatérale s'est accompagnée de purpura des jambes ou de la malléole interne dans les cas de Faisans, de Mœli. Quant aux polynévrites, des pétéchies peuvent se montrer à l'extrémité des membres (Roumenteau) à la partie antéro-interne des jambes (Roumenteau), ou de la cuisse et de la jambe (Bossu, Apert).

Chez un alcoolique cirrhotique Grenet a vu des pétéchies occupant strictement le territoire du nerf cubital du côté droit (partie interne de la main, auriculaire, annulaire et face interne du médius). Enfin, dans la névralgie faciale, Brown-Séquard aurait vu des échymoses faciales.

Pour l'interprétation de ces faits, sur la pathogénie desquels nous n'avons pas à insister, nous rappellerons cependant que plusieurs auteurs, physiologistes et médecins ont pu constater des lésions des vaisseaux dans les névrites expérimentales ou spontanées. Nous renvoyons le lecteur au travail de Lapinsky (*).

D'une façon générale on peut dire que l'étude des phénomènes vasomoteurs et du purpura ne donne que peu d'indications au point de vue de la question localisatrice. Si on excepte les maladies de l'hémisphère cérébral, du pédoncule et du bulbe, qui s'accompagnent parfois de troubles vasomoteurs occupant la moitié opposée du corps ou les membres du côté opposé, avec prédominance des phénomènes aux extrémités; si on excepte encore les névrites avec leurs troubles occupant parfois le territoire du nerf, qu'ils dépassent en général, l'étude des maladies médullaires ne nous enseigne rien de précis. Dans l'immense majorité des cas, ce sont les extrémités des membres (mains, pieds) qui sont frappées seules ou d'une façon prédominante. Ce fait, connu depuis toujours, s'explique par les constatations histologiques de Lewaschew, qui montra que les

(*) LAPINSKY : Zwei weitere Fälle von sogenannter trophischer Gefösserkrankung im Laufe der Neuritis ». *Deutsche Zeitschrift für Klinische Medezin XXXVIII 1899*, p. 223.

artérioles des extrémités possèdent une tunique musculaire particulièrement accusée. On pourrait à la rigueur tenir compte des cas de poliomyélite avec troubles vasomoteurs de tout le membre paralysé, mais il n'y a pas là de limites nettes. Plus intéressant le cas de Kippel, et Monier-Vinard montre une superposition remarquable des troubles vasomoteurs de la syringomyélie avec les troubles sudoraux de cette maladie (3e type). La proximité des voies intramédullaires et sudorales, la localisation contiguë de leurs centres éclaire pleinement ce point.

Nous répétons que, au point de vue strict des vasomoteurs, l'exagération des réflexes locaux (dermographie) nous parait avoir une importance moindre que les troubles des réflexes plus généraux.

III. — SYSTÈME PILEUX

L'expérimentation ne nous a pas appris grand'chose à ce sujet. Dans les lésions expérimentales du sciatique on a parfois constaté la chute des poils sur le membre paralysé. On sait encore que les bulbes pileux reçoivent des nerfs qui viennent du sympathique dont l'excitation produit le phénomène de l'horripilation.

Au cours des maladies du système nerveux on distingue deux espèces de troubles pileux : la calvitie et le développement exagéré des poils : l'hypertrichose. La calvitie se présente sous la forme de l'hémicanitie totale ou partielle : Brissaud observa une hémicanitie du cuir chevelu, une fois le lendemain de l'ictus apoplectique ; l'autre fois il ne la constata qu'au bout d'un an et demi ; les deux fois elle siégeait du côté paralysé. Chez un tabétique, Letulle vit se décolorer en quelques jours les cheveux et les poils de tout un côté du corps. A. Marie a constaté chez des paralytiques généraux frappés d'apoplexie et du côté parésié tantôt une hémicanitie irrégulière, limitée en avant par la ligne médiane, tantôt des plaques de cheveux blancs, tantôt la décoloration du sourcil, de la moustache et de la barbe. La moustache fut seule frappée chez un tabétique de Rossolymo, qui présentait en même temps des taches roses clair du même côté de la face.

L'hypertrichose est très fréquente. Elle a surtout attiré l'attention dans sa localisation lombaire.

Dans un très grand nombre de cas de *spina bifida occulta* (Virchow, Fischer, Recklinghausen, Brünner, Sebeni, Garbini, etc.), elle se présente, en général, sous la forme d'un champ triangulaire, situé sur la ligne médiane, la pointe dirigée en bas, et occupant le plus souvent la région lombaire inférieure ou sacrée supérieure. Les poils, constituant rarement du lanugo (Fuchs), sont, en général, longs de 8 à 10 centimètres, et forment ce qu'on a appelé la « queue de faune » qui, dans des cas exceptionnels, peut descendre jusqu'à mi-cuisse. Cette hypertrichose peut coïncider avec des troubles trophiques des pieds (maux perforants, etc.), qui relèvent de la compression, par le lipome sacré si fréquent des racines sacrées supérieures.

Comme cette queue de faune fut également rencontrée en dehors de la *spina bifida occulta* (Mayet, Bertini Ornstein), ce dernier auteur a émis l'hypothèse qu'il s'agit d'un caractère atavique pithécoïde. A cela on a répondu justement qu'une ébauche de queue devrait siéger beaucoup plus bas; de plus, récemment Fuchs a montré qu'il existe un degré infime de *spina bifida* accompagné de troubles trophiques et de malformations des pieds et qu'il attribue à une méïopragie congénitale de la moelle lombo-sacrée, dans lequel le *spina bifida* est réduit à une élévation exagérée, jusqu'à la deuxième vertèbre sacrée parfois, de l'hiatus postérieur du sacrum; il est possible que dans les cas ci-dessus il en ait été ainsi.

D'autres fois, l'hypertrichose dans le *spina bifida* occupe la région dorsale (Muscatello, Virchow, Bartels, Wanjura) avec les mêmes caractères, ou encore elle se présente sous la forme d'une plaque arrondie au niveau de la cinquième lombaire et la première sacrée (Rossi).

Dans un cas curieux de Gangolphe et Pinatelli l'hypertrichose revêtait la forme d'une bande transversale symétrique, haute de 3 centimètres, courant le long des crêtes iliaques depuis la 4e et 5e vertèbres lombaires, jusqu'à la partie supéro-externe de la région fessière à 14 centimètres de la ligne médiane. Il n'y avait qu'un élargissement et un tassement des dernières vertèbres lombaires. Fusari a vu l'hypertrichose sans spina bifida dans un cas de dédoublement de la moëlle. Rombach l'a observé aux jambes.

La pathogénie de cette hypertrichose est obscure. Virchow y vit le signe d'une inflammation. Recklinghausen un caractère tératologique, ce qui, vu la coexistence du lipome sacré et de naevi vasculaires, est plausible. Rombach attribue son absence dans le spina bifida aperta à cette loi que peau et poils ont un développement inversement proportionnel. Brunner, qui trouva un développement inusité de vaisseaux dans la peau correspondant à l'hypertrichose, y vit la cause de cette dernière.

Dans les maladies nerveuses à proprement parler, l'hypertrichose a été signalée dans la syringomyélie, au niveau des endroits les plus atteints, le plus souvent il s'agit du développement diffus des poils, ou encore d'une mèche sur la face antérieure de l'avant-bras malade. Gowers a décrit une hypertrichose en triangle cervico-dorsal unilatéral et dont la base allait de la 6e épine cervicale à la 3e dorsale, le sommet se trouvant à 3 centimètres en-dehors. Du même côté il y avait une bande d'analgésie.

Le développement plus accentué des poils sur les parties paralysées et anesthésiques dans les compressions de la moelle et la myélite transverse est fréquent et nous n'insisterons pas sur l'augmentation du système pileux de la face chez les aliénés (Dupré), ni sur l'hypertrichose de la moitié inférieure du corps chez un épileptique de Féré.

D'une façon générale, l'hypertrichose s'accompagne dans toutes ces affections de troubles vasomoteurs.

Enfin on a encore signalé l'alopécie d'une moitié de la tête dans les affections cérébrales, et il convient de rappeler ici les théories de M. Jaquet relatives à la pelade. Pour cet auteur, dont les vues ont été adoptées par la majorité des dermatologiste, la pelade est une tropho-névrose d'origine réflexe, à point de départ

variable, souvent dentaire. Il n'est pas rare de voir des plaques de pelade siéger sur un seul côté du cuir chevelu ou de la barbe, du même côté que des accidents de la dent de sagesse, etc.

ONGLES. — Les troubles dits trophiques de ces phanères qui ont été décrits dans les maladies des divers étages du système nerveux n'ont jamais une systématisation quelconque en dehors des lésions des nerfs de la main et du pied.

IV. — TROUBLES TROPHIQUES.

Il importe, avant d'exposer les faits cliniques capables de jeter quelque lumière sur la systématisation des troubles trophiques cutanés, de se rendre rapidement compte comment on peut actuellement comprendre l'action trophique du système nerveux.

Tout d'abord il convient de se rappeler que l'existence des nerfs trophiques spéciaux, à la démonstration desquels Samuel a consacré de nombreux travaux, est plus que douteuse. Son opinion basée sur des expériences, sur l'atrophie neurotique glandulaire, sur l'atrophie musculaire sans paralysie, etc., et qui trouve son argument le plus solide dans l'hémiatrophie faciale, a été combattue avec succès en particulier par Morat, aux travaux duquel nous renvoyons le lecteur, ainsi qu'à l'exposé que Cassirer a fait de la question. Samuel, il ne faut pas l'oublier, n'avait d'ailleurs pas soumis la nutrition cellulaire *in toto* à l'influence des nerfs trophiques; pour lui, les cellules sont par elles-mêmes capables de se nourrir, de croître et de proliférer, le système nerveux ne servant qu'à la régulation de la nutrition.

Différentes théories ont été émises pour expliquer cette régulation qui semble être une réalité. Suivant Charcot, les troubles trophiques résultent de l'irritation des nerfs ou des centres nerveux; le défaut d'action du système nerveux n'ayant pas d'action immédiate sur les parties périphériques. Charcot lui-même avait vu que cette théorie n'était pas applicable entièrement à l'atrophie musculaire. Pour les troubles trophiques de la peau, Weir-Mitchell admit qu'ils résultaient dans les lésions nerveuses traumatiques d'une irritation des nerfs sensitifs périphériques.

A l'inverse, Vulpiau pensa qu'il fallait rendre responsable de ces troubles l'abolition ou la diminution de l'influence trophique des centres nerveux, chez les sujets atteints de lésions de nerfs sensitifs ou mixtes. Lorsqu'il n'y a pas interruption totale de ces nerfs, il croit que leur irritation provoque dans le centre trophique (ganglion rachidien) un affaiblissement de l'action trophique. On voit apparaître aussi une théorie réflexe du trophisme nerveux, qui fut surtout développée plus tard par Marinesco pour la dégénérescence cellulaire rétrograde. Même pour celle-ci, les avis furent très partagés, les uns voyant dans l'inactivité de la cellule la cause de son atrophie, les autres considérant comme telle l'impossibilité dans laquelle est la cellule de décharger son énergie, stimulée qu'elle est d'autre part par des excitations multiples grâce à ses relations persistantes avec les fibres pyramidales et sensitives; d'autres enfin parlent surtout de stimulations anormales.

Pour la peau, il semble d'abord que pour certains troubles trophiques l'altération nerveuse ne suffit pas ; il en est ainsi pour le mal perforant, le décubitus acutus, pour lesquels des causes extérieures sont nécessaires, ainsi que le prouvent les expériences de Jaquet, qui après avoir provoqué une névrite des sciatiques, n'observa d'ulcération que sur la jambe non pansée. Si Dejerine et Leloir ont trouvé une névrite périphérique dans l'escarre sacrée, ils n'ont pas démontré que celle-ci fût primitive. Il est de même bien connu que la kératite neuro-paralytique relève en même temps d'une infection et que l'on peut empêcher le plus souvent son apparition par la suture des paupières. Les altérations du système nerveux jouent cependant un rôle dans leur formation (peut être également des altérations vasculaires), en modifiant le trophisme des tissus et en ne les adaptant plus aux variations des conditions extérieures.

Pour d'autres troubles trophiques cutanés, la dépendance du système nerveux est plus grande ; il faut remarquer que, comme Charcot, Weir-Mitchell, etc., l'ont dit les premiers, ceux-ci s'observent surtout dans les affections irritatives ; mais on ne sait pas si cette irritation provoque les troubles par voie réflexe ou directement par ses nerfs sensibles, une action centrifuge de ceux-ci restant possible. Axmann avait le premier considéré les ganglions rachidiens comme des centres trophiques, et il fut suivi dans cette voie par Gaule et par Baerensprung ; mais certaines considérations relatives au zona, l'absence de lésions trophiques après excision des ganglions rachidiens ne permettent pas d'admettre absolument cette hypothèse. Oppenheim pense que les troubles trophiques se produisent lorsque le centre ganglionnaire ne peut transmettre les excitations reçues lors de l'interruption des racines postérieures. La radicectomie postérieure dans l'opération de Förster ne s'est cependant jamais accompagnée de troubles trophiques.

D'un autre côté, Arloing a cherché à démontrer le rôle trophique du sympatique : il coupa le vago-sympathique d'un bovidé et observa après une disparition passagère des sécrétions cutanées, une sécheresse et un épaississement de l'épiderme ; ces derniers troubles se montrent seuls chez le chien. Les conclusions de ces expériences furent mises en doute par Grützner. Enfin Brissaud a cherché également à mettre en cause le sympathique. Il faut de plus savoir, ainsi qu'après Vulpian, Potarin et d'autres, Lapinsky l'a montré, que l'inflammation des nerfs est capable de provoquer des altérations histologiques des vaisseaux et il n'y a pas de doute que par ce mécanisme le sympathique ait une action sur le revêtement cutané.

Nothnagel, suivi par Marinesco et Sérieux, Leyden et Goldscheider pense que la régulation de la nutrition se fait grâce aux nerfs vasomoteurs influencés, par voie réflexe, par les impressions sensitives, hypothèse plausible.

D'une façon générale on peut, avec Cassirer se représenter l'origine des troubles trophiques de deux façons. Ou bien il s'agit de l'abolition de l'influence trophique du système nerveux, qui n'empêchera pas le trophisme des cellules de s'accomplir dans des conditions normales, mais qui aboutit à des troubles trophiques lorsque des causes extérieures nuisibles viennent nécessiter un surcroît de travail nutritif. Ou bien il s'agit d'une irritation nerveuse à localisation quelconque qui, pendant toute sa durée, modifiera par elle-même les conditions de la nutrition des tissus.

Au point de vue de la systématisation des lésions trophiques, nous pourrons faire abstraction complètement des troubles de la première catégorie, ainsi que des gangrènes, suppurations dites trophiques qui occupent presque uniquement les doigts.

ÉRUPTIONS BULLEUSES. — Nous en avons relevé quatre observations au cours de l'hémiplégie. Les bulles de pemphigus siégeaient uniquement du côté paralysé. Pour l'observation de Schlesinger, elles apparurent dès le deuxième jour, occupant la moitié gauche du tronc, de la fesse à l'épine de l'omoplate et arrivant en avant jusqu'à la ligne maxillaire ; de nouvelles poussées se montrèrent à la fesse et à l'épaule. Les bulles étaient très nombreuses, la peau du bras gauche était chaude et œdémateuse; l'hémiplégie s'accompagnait d'atrophie musculaire et de gros troubles de la sensibilité.

Laignel-Lavastine observa au troisième jour d'un ramollissement des deux premières circonvolutions temporales une éruption de pemphigus sur l'ensemble de la main, des doigts et du poignet de la main droite paralysée.

Rogues de Fursac et Vallet observèrent chez un paralytique général hémiplégique des bulles n'occupant que les trois premiers doigts de la main gauche frappée de paralysie.

Cette localisation est intéressante à retenir et peut-être à mettre en parallèle avec les troubles sensitifs à disposition radiculaire par lésion cérébrale, sur lesquelles Lhermitte a récemment insisté.

Enfin dans une observation d'Etienne l'éruption occupait tout le côté droit paralysé et en particulier la face. Piccino chez un idiot en a vu sur les flancs et la région inférieure du ventre et Sorrentino sur les jambes dans une psychose confusionnelle. Les ganglions rachidiens furent trouvés dans le premier de ces cas.

Dans la syringomyélie, Schlesinger distingue entre les éruptions bulleuses localisées et les éruptions pemphigoïdes plus étendues. Les premières qui sont extrêmement fréquentes se font le plus souvent sur les mains, le bras, l'épaule, et récidivant toujours aux mêmes endroits. Le petit nombre des bulles ne permet pas d'envisager la question de leur systématisation. Elles sont souvent précédées de rougeurs et autres phénomènes vasomoteurs. Parmi les deuxièmes il faut citer le cas de Neugebauer où l'éruption occupait d'abord tout le bras et la moitié droite du thorax, gagna le côté gauche, puis la face. On voit que là encore la question de la systématisation n'a pas grand chose à glaner. On a également signalé des éruptions analogues au cours du tabes.

Dans les névrites périphériques traumatiques, Weir-Mitchell en a rapporté des exemples, mais leur localisation dépassait toujours le territoire du nerf atteint. Testut décrit une éruption bulleuse sur la face palmaire du pouce, de l'index et du medius, à la suite de l'énucléation d'une tumeur du médian. Pozzi en a vu survenir dans un cas de paralysie traumatique du plexus brachial, d'abord totale, puis inférieure; elles occupaient la face dorsale et palmaire de la main et des doigts, plus nombreuses sur leur côté interne. Il n'existait pas de troubles de la sensibilité objective. Mais de même que chez des malades de Weir-Mitchell et Syme, la main du côté indemne présentait les mêmes troubles trophiques.

Enfin signalons que Charcot a vu se montrer chez une tabétique, après les

douleurs, des pustules ectymateuses suivant le trajet du petit sciatique, puis du saphène interne.

MODIFICATIONS ÉPITHÉLIALES DE LA PEAU. — Celles-ci sont rares dans les affections du système nerveux, et ne leur sont souvent reliés qu'indirectement : ainsi les dermatites caloriques des syringomyéliques, les eczémas des pieds que l'on a décrits dans diverses maladies du système nerveux.

Ballet et Datil ont signalé dans le tabes un état ichtyosiforme de la peau, se développant dans les régions siège des douleurs fulgurantes : cet état occupait la main dans deux cas, la face dorsale de l'avant bras et de la main dans un autre.

La modification de la peau décrite par Weir-Mitchell, sous le nom de glossy-skin, caractérisé par un état lisse, tendre et rouge de la peau a été vu dans les maladies cérébrales, médullaires et périphériques ; il occupe surtout la peau autour des articulations et ne correspond jamais à un territoire bien défini et à limites précises ; cela est même vrai dans les névrites.

Dans ces dernières, on peut retenir les observations suivantes. Du Castel a vu à la suite d'un traumatisme du nerf cubital se développer quinze jours après sur la troisième phalange de l'annulaire, de la rougeur avec démangeaison et petites vésicules, qui s'étendit sur le bord interne de ce doigt et gagna neuf mois après le rebord cubital de l'avant-bras, et les deux bords de l'auriculaire ; l'éruption occupait donc le territoire du cubital et du brachial cutané interne.

François-Dainville, dans un cas de parésie traumatique du médian avec compression ultérieure de celui-ci par de l'ossification du brachial antérieur, vit se développer un mois après l'accident un épaississement de l'épiderme (kératodermie) et de la desquamation limitée exactement au territoire cutané anesthésique de ce nerf. Il existait en outre un œdème de la main.

Dans la syringomyélie, on a observé de la sclérodermie diffuse, précédée par le symptôme de Raynaud (Callmann), une atrophie en bande de la peau (Schlesinger, Brühl), de l'hémiatrophie faciale (Dejerine et Mirallié).

PIGMENTATIONS ET DÉPIGMENTATIONS. — D'une façon générale, nous savons trop peu de chose de la chromatogénèse pour que les quelques observations que nous allons rapporter aient un grand intérêt. D'après ce que nous connaissons de la pigmentation dans la maladie d'Addison, il semble que le sympathique joue un grand rôle dans la fabrication du pigment, mais que les causes extérieures participent jusqu'à un certain point dans la répartition du pigment endroits exposés à l'air et à la lumière atteints les premiers).

Le plus souvent, on parle de taches symétriques de la face (Le Brun, dans un cas de méningite tuberculeuse), de taches sur les membres atteints de douleurs fulgurantes (Le Brun) ; Ballet et Bauer, chez deux tabétiques frustes ont vu des pigmentations et des dépigmentations en bandes longitudinales et bracelets au niveau des articulations ou encore aux extrémités des membres, simulant parfois d'assez près les territoires radiculaires du pied.

Dans la syringomyélie on a observé des pigmentations des membres inférieurs ; dans les compressions de la moëlle on peut également voir une couleur plus foncée des membres paralysés.

Chez des épileptiques, Lannois a vu une pigmentation du tronc, sans atteinte des membres et du cou ; Ledermann l'a vu siéger sur tout le corps dans une affection de Pont de Varole accompagnée de crises épileptiques. Il y a lieu de se demander si ces pigmentations ne sont pas d'origine hématique.

Quant aux pigmentations de la lèpre et de la maladie de Recklinghausen, du névrome plexiforme, elles ne sont systématisées d'aucune manière.

V. — ERUPTIONS INFECTIEUSES SURVENANT CHEZ DES MALADES ATTEINTS DE MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Chez certains malades on voit parfois des éruptions d'origine infectieuse se localiser sur les régions paralysées ou au contraire les respecter. Ainsi pour la syphilis, Charmeil et Boulogne dans quatre cas, Janin de Saint-Juste dans un cas, ont vu l'éruption secondaire n'occuper que le côté sain ou bien n'occuper le côté malade que quelques jours plus tard, dans des hémiplégies des enfants et des adultes. L'éruption variolique était nulle dans trois cas des premiers auteurs, presque nulle chez un malade d'Oudin sur le territoire du nerf sciatique sectionné opératoirement pour une tumeur. Matignon signale la localisation d'une furonculose de la face du côté hémiplégié et Sabrazès une éruption identique sur tout le côté touché. Enfin, Colcott Fox a vu survenir sur la hanche droite, plus paralysée que le reste du corps après un traumatisme céphalique, une éruption de macules hémorragiques, pour lesquelles il hésite entre le diagnostic de lupus érythémateux et de plaques de la maladie de Raynaud.

VI. — ZONA

Le zona et les éruptions zostériformes qui furent l'un des points de départ de la théorie de Brissaud ne nous arrêteront pas longtemps. Pour Brissaud, il faut distinguer entre le zona radiculaire et le zona métamérique spinal. Nous laisserons de côté le zona thoracique, pour lequel cet auteur admettait soit une disposition oblique en bas, soit une disposition transversale suivant le siège ganglionnaire ou médullaire de la lésion. Pour les membres, il citait un cas de Grasset et Vedel dans lequel l'éruption occupait une cuisse exclusivement et sur toutes ses faces. A celui-ci on peut joindre le cas analogue de Mracek. Par contre il faut en distraire le cas « segmentaire » de Widal et Le Sourd, qui localisé à la cuisse et à la fesse y respecte le territoire des deuxième et troisième racines sacrées, il n'occupe en réalité que la zone de distribution des deuxième et troisième lombaires.

Depuis les travaux de Head et Campbell, il est établi d'une façon certaine que, conformément aux vues de Baerensprung, le zona-infection, et les zonas symptomatiques d'affections pleurales et costales, relèvent d'une inflammation des

ganglions rachidiens, pour qui, dans le premier cas, une infection peut-être spécifique semble avoir une affinité particulière. Dans aucun cas ils n'ont pu trouver de lésion de la moëlle. Malheureusement la plus grande partie de leurs cas autopsiés étaient à localisation thoracique. La presqu'unanimité des observations publiées par les auteurs, les quelques cas que j'ai pu voir grâce à l'obligeance de MM. Thibierge et Druelle, présentèrent une localisation radiculaire au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Comme le fait remarquer Blaschko, l'étendue de l'éruption varie suivant les individus lors de l'atteinte d'une même racine.

Si dans la moëlle aucune lésion n'a été constatée, il n'en est pas de même des nerfs périphériques. Head et Campbell ont eux-mêmes vu de fines lésions de ces nerfs s'étendant jusqu'à la périphérie; mais ils les considèrent à juste titre comme secondaires. J'ai publié en 1909 un cas de névrite sensitive secondaire à un zona brachial et accompagné de troubles trophiques et vasomoteurs et Rasenzwitt a fait d'un cas semblable l'objet de sa thèse. Cette névrite descendante secondaire semble donc certaine.

D'un autre côté, Pitres et Vaillard, Dubler, Curschmann et Eisenlohr, ont relaté des autopsies de zona dans lesquelles les ganglions furent trouvés intacts, les nerfs périphériques lésés. Blaschko pense que dans ces cas, les ganglions examinés ne correspondaient pas à la région atteinte ou que les méthodes histologiques employées à l'époque des examens ne pouvaient pas mettre en lumière les lésions des ganglions. Il nous semble cependant que des lésions aussi grossières que des hémorrhagies, des destructions cellulaires, des lésions inflammatoires de la gaîne ganglionnaire, n'auraient pas échappé à ces observateurs, et nous pensons que l'on doit admettre un zona périphérique. Dans le cas de Curschmann et Eisenlohr, la localisation limitée aux nerfs circonflexe, brachial cutané et musculo-cutané, ne pourrait s'expliquer autrement. On a cité encore en faveur de la théorie périphérique des cas de zona consécutifs à un traumatisme et siégeant du même côté. Gaucher et H. Bernard les ont rassemblés dans un article, à l'occasion de trois cas personnels. Weir-Mitchell les avait déjà signalés, Charcot, Verneuil, Bouchard, etc., en ont publiés. Ainsi, dans l'observation de Hybord, il y eut contusion de la face et zona des paupières et du menton, dans une autre avulsion d'une dent et zona du front et de la joue du même côté, dans la troisième observation de Gaucher, contusion du flanc et zona de la région abdominale. De plus, comme le fait remarquer Blaschko, même dans des zonas radiculaires, les lésions périphériques ont de l'importance, puisque l'on voit des vésicules aberrantes siéger dans des territoires cutanés voisins, mais innervés par des racines éloignées de la première. Cela tient aux anastomoses des nerfs périphériques dans la peau.

Il n'y a au fond rien d'étonnant pour nous qu'une lésion des nerfs sensitifs puissent produire le zona aussi bien que celle des ganglions. Il ne faut pas oublier que le ganglion rachidien passe pour être un centre trophique depuis Baerensprung, justement parce que celui-ci le trouva lésé dans le zona. Nous avons vu plus haut que l'expérimentation n'a pu confirmer cette manière de voir. Il est vrai que cette dernière procède surtout par destruction et non pas par excitation et que celle-ci semble seule capable de provoquer des troubles

trophiques. D'un autre côté, nous ne savons pas par quelle voie l'excitation se traduit à la peau. La distribution radiculaire du zona semble prouver qu'elle passe à travers les nerfs sensitifs en sens inverse de la transmission des impressions sensitives ; il est vrai qu'autrefois on admettait le passage de l'excitation à travers la moëlle et on citait en faveur de cette hypothèse les paralysies post-zoniques. Celles-ci s'expliquent par une propagation de l'inflammation aux racines antérieures, et même pour la paralysie faciale au cours du zona du trijumeau ou du cou, nous savons actuellement par les travaux de Ramsay Hunt qu'elle est consécutive à l'inflammation du ganglion géniculé, fréquemment associée à celle du ganglion de Gasser ou des ganglions cervicaux supérieurs. Cependant on pourrait encore se demander si l'excitation ne va pas impressioner des centres vasomoteurs, d'autant plus que l'éruption vésiculeuse est précédée de plaques érythémateuses. Il est intéressant de voir que, contrairement à ce qui se passe dans d'autres circonstances et en particulier dans les lésions des racines, les troubles vasomoteurs ont ici une distribution radiculaire. En tout cas, que l'excitation zonigène se propage le long des nerfs sensitifs ou qu'elle suive un trajet centripète, il n'y a actuellement aucune raison pour que l'inflammation de ces nerfs ne puisse produire l'éruption.

Comment expliquer maintenant les cas de Grasset et Vedel et de Mracek ? Ils remplissent bien les conditions que nous exigeons d'un trouble segmentaire spinal, puisqu'ils occupent la cuisse. Faut-il en conclure, comme le disait autrefois Kaposi, que le zona peut être périphérique, ganglionnaire et central ? C'est possible ; mais il ne faut pas en conclure à l'exactitude des vues de Brissaud.

Les éruptions zostériformes des affections centrales ne pourront pas nous éclairer absolument à ce point de vue ; on les observe surtout dans des affections qui, comme le tabes, les méningites, etc., frappent le ganglion rachidien et les racines postérieures et leur distribution est radiculaire. Cependant leur existence dans des maladies médullaires pures comme la syringomyélie, la myélite (?) paraît prouver la possibilité d'un zona d'origine centrale, mais dont la distribution n'a rien de particulier.

Il semble qu'avec Feulard on doive faire rentrer certains herpès dans le cadre du zona. En effet, ils sont précédés de douleurs ; ils peuvent ne siéger que d'un côté du pénis et prépuce (Casarini) ; on y rencontre de la lymphocytose comme dans le zona (Ravant et Darré) et Gougerot a rencontré des lésions du ganglion de Gasser dans un cas d'herpès labial unilatéral.

TROISIÈME PARTIE

Maladies cutanées à systématisation « nerveuse ».

NAEVI.

Naevi vasculaires. — Parmi ceux-ci il faut éliminer d'abord toute une catégorie qui, quoique accompagnés de phénomènes nerveux, n'ont aucun intérêt pour le sujet qui nous occupe. Nous voulons parler de ces angiomes de la face avec hémiplégie infantile du côté opposé (Lannois et Bernard). Ainsi que l'opération le montra à Struther, et l'autopsie à Kalischer, il s'agit dans ces cas d'angiome concomitant de la dure-mère ou de lapie-mère, responsable de l'hémiplégie. Dans le cas de Struther, le naevus occupait toute la moitié de la face; dans celui de Kalischer le territoire des branches supérieures du trijumeau.

Une autre variété intéressante de naevus vasculaire est celle bien décrite par Klippel et Trénaunay sous le nom de naevus variqueux ostéo-hypertrophique et caractérisé par un naevus vasculaire plat, des varices et l'hyperthrophie du squelette sous-jacent dans ses trois dimensions. Dans cette affection déjà vue par Trélat et Monod, Duplay, Duzéa, etc., le naevus a une forme à contours irréguliers, sauf au niveau de la ligne médiane lorsqu'il l'atteint; parfois il la dépasse d'ailleurs légèrement. D'autres fois il semble affecter une distribution radiculaire. Ainsi dans l'observation de Duzéa il correspondrait aux deuxième et troisième racines sacrées s'il ne prenait simultanément la partie interne de la face antérieure du pied. Dans celle de Guillain et Courtellemont, il occupe le bras et la partie avoisinante du thorax (4ᵉ cervicale à 2ᵉ dorsale), mais laisse libre une grande partie de la face postérieure du bras et de l'avant-bras. Dans un cas personnel, la superposition avec le territoire radiculaire externe du bras n'est pas parfaite et en particulier le naevus pousse du côté du cou des prolongements en pointe qui excluent une influence nerveuse. Klippel et Trénaunay admettent d'ailleurs la pathogénie vasculaire inflammatoire, défendue pour les naevi et les angiomes en général par Coulon, Mauclaire et de Bovis.

Ces auteurs pensent que les infections maternelles, transmises au fœtus ont chance d'attaquer avant tout les régions de suture embryonnaire et par là ces

naevi rentrent dans la théorie fissurale que Virchow établit pour les naevi de la face et des muqueuses buccale et nasale d'un côté, qui admet le trouble du développement débute par le bord interne des bourgeons branchiaux pour s'étendre de là vers la périphérie. Les naevi vasculaires résultent donc d'une perturbation de la période embryonnaire et n'ont rien à faire avec le système nerveux. Leur superposition accidentelle à des territoires d'innervation d'une ou plusieurs branches du trijumeau s'explique par la situation même des bourgeons et fentes branchiaux. Les troubles sudoraux et pileux, inconstants d'ailleurs, résultent probablement des troubles circulatoires provenant du naevus.

Naevi systématisés, verruqueux, herpétiformes, etc., ichtyosis hystrix. — Naevi pigmentaires, pileux. — N'ayant à nous placer qu'au point de vue exclusif des rapports possibles de ces naevi avec certaines parties du système nerveux, nous ne ferons aucune distinction entre les différentes classes de naevi, qu'ils relèvent d'une prolifération épithéliale ou de tumeurs des glandes sudoripares ; Jadassohn a d'ailleurs montré que des altérations variées pouvaient se rencontrer dans un même de ces naevi, qu'il considère comme des néoplasies.

Pour nous, ce qui importe c'est la systématisation. Avant d'exposer les diverses théories par qui on a cherché à élucider leur pathogénie, voyons quel aspect présentent dans les différentes parties ces naevi *nerveux* si souvent unilatéraux ou bilatéraux avec tendance à la symétrie. Il nous est, bien entendu, impossible de passer en revue tous les cas nombreux épars dans la littérature médicale (*) et nous chercherons à voir quel aspect le naevus affecte le plus souvent. On sait qu'ils se montrent soit sous la forme de bandes linéaires, parfois interrompues par endroits, soit sous forme de plaques et de placards.

Au membre inférieur, on retrouve avec une très grande fréquence l'aspect suivant : une bande étroite part du tiers interne du pli fessier ou de la partie inférieure de la fesse, se dirige en bas et légèrement en dehors jusque dans la région médiane du creux poplité, continue vers le bas et en dedans jusqu'à la partie interne de la jambe et s'arrête soit au pied, soit traverse la plante d'arrière en avant dans sa portion interne (Cuttler, Philippson, Leven, Hallopeau et Jeanselme ; Joseph, Doutrelepont, Besnier, Blaschko) fig. 3. Dans quelques cas, une deuxième ligne parallèle double cette première à quelques centimètres en dehors dans son trajet crural. Rarement on voit ces lignes quitter en dessous du creux poplité la face postérieure du membre et gagner, en contournant le péroné, la face antéro-externe de la jambe. (Butruille.)

Dans un autre type moins fréquent (Merklen, Galewsky et Schlossmann) la bande assez large part de la partie externe de l'arcade de Fallope, descend en bas vers la face interne de la cuisse en se rétrécissant jusqu'au dessous du genou (fig. 4). Enfin, dans un cas de Hallopeau et Roy, partie de la fesse, la ligne verruqueuse passait sur la face externe puis antérieure de la cuisse. suivait la crête tibiale en dedans puis obliquait sur la plante du pied, dont elle parcourait la partie la plus interne.

(*) Le lecteur que ce sujet intéressera particulièrement pourra se reporter au rapport de Blaschko au Congrès des Dermatologistes allemands, 1900.

Dans quelques cas, il existait de petites stries parallèles sur le dos du pied, et sur les deux faces des orteils. Enfin d'autres naevi très étendus ne sont pas passibles d'une description.

Le naevus du tronc affectent des formes diverses : soit en larges bandes horizontales ou légèrement obliques, en bas et en avant, plus souvent abdominales que thoraciques, atteignant la ligne médiane en avant et en arrière (Klippel et Pierre-Weil, fig. 17 et 18, Jadassohn et Werner ; Lelong, obs. XVII, etc., fig. 5 . Plus souvent on voit des bandes étroites, souvent plusieurs superposées, plus ou moins rapprochées et à peu près horizontales (Blaschko : pl. XII, 1 et 3 Baerensprung, Pinkus-Isaac, Spietschka, Werner et Jadassohn, Hager). Ce sont ceux auxquels on a appliqué de préférence le terme de naevi zostériformes.

D'autres fois la bande présente un trajet plus compliqué bien mis en évidence par le cas de Blaschko (fig. 6), mais que l'on retrouve encore dans d'autres observations comme celle d'Alexander, Werner, etc.; on voit que la ligne verruqueuse, après avoir suivi une direction descendante en avant sur le dos, se redresse brusquement à la partie latérale du thorax, monte presque verticalement en se portant légèrement en avant, pour devenir horizontale sur la face antérieure. Une autre formation intéressante à retenir est celle de tourbillons, d'un intérêt moindre, les simples plaques ou les naevi extrêmement étendus et très compliqués, formés de la réunion des formes susdites et d'autres formations défiant toute description. Enfin, point très important, il n'est pas exceptionnel de rencontrer des bandes longitudinales *occupant strictement la ligne médiane* thoracique ou *la ligne blanche* (Hager, Kaposi, Albers-Schœnberg). Un autre aspect curieux est constitué par des V dorsaux médians (Veiel).

Membre supérieur. — Il n'y a pas ici de type prédominant comme à la jambe. Les naevi du membre supérieur sont suivant la continuation de formations analogues du thorax, s'étendant par exemple en bande plus ou moins large sur la face interne du bras (Blaschko, Kaposi) ou de tout le membre supérieur (Esmarch-Kulenkampf, Spietzchka, Klippel et Pierre-Weil) (fig. 7). Des bandes occupant la partie externe de la face dosale de l'avant-bras et de la main ont été rapportés par Feulard (fig. 8), Hallopeau, Veiel ; dans le cas de ce dernier, toute la moitié interne du membre était également atteinte, et de plus la région du pouce. D'autres fois (Klippel et Weil, Lanz, Fournier), on voit une ligne verruqueuse partir du bord externe de l'épaule et contourner la face postérieure du bras en spirale vers le bord interne ; on en rencontre également qui, rectilignes, descendent sur la ligne médiane du bras et de l'avant-bras (Jordan) et se continuent avec un placard, occupant la moitié externe de l'avant-bras et l'éminence thénar en avant, la portion toute externe de la face postérieure de l'avant-bras (Mouisset et Viannay). D'autres naevi sont constitués par des plaques disposées au hasard, parfois à la face postérieure du bras.

Au cou, Cheatle a vu un naevus occupant le territoire du troisième nerf cervical (fig. 8*bis*) ; d'autres de Krœner, d'Etienne se comportaient d'un façon analogue, mais occupaient également la face et l'arrière-tête, très partiellement du reste.

Pour la face, nous ne connaissons pas d'observation rappelant même de loin

une distribution nerveuse. Nous insisterons ici même sur les bandes médianes que l'on y rencontre ; dans le cas de Krœner, elle l'occupait sur le front et le nez.

Enfin sur le périnée, les bourses, le pénis, les grandes lèvres, on a vu des stries longitudinales et parallèles (Moeller, Breda, Neumann). Finalement il suffit de rappeler que la division en régions que nous avons suivie est toute artificielle, les naevi occupant souvent plusieurs régions à la fois et pouvant même siéger sur toute une moitié du corps ou dans sa partie supérieure seulement, laissant entre eux des espaces indemnes de lésions.

On a émis les théories les plus diverses au sujet de la distribution de ces naevi. Nous pouvons les diviser en théories les mettant en relations avec une portion quelconque du système nerveux et en théorie admettant que les naevi durs traduisent les lignes de développement de la peau et de ses annexes. Disons tout de suite que jusqu'à présent aucune explication ne semble pouvoir expliquer tous les cas. Est-ce d'ailleurs indispensable ? Si l'on admet que la structure particulière du naevus n'a pas grande importance, puisqu'il s'agit toujours de néoplasies (Jodassohn), on doit répondre par l'affirmative. A ce point de vue, nous avouons notre incompétence et nous laisserons aux dermotologistes le soin de trancher la question. Toutefois il semble que beaucoup d'entre eux ont accepté les conclusions de Jadassohn et en tout cas Blaschko dans son rapport, Etienne, Klippel et Pierre-Weil dans leurs travaux n'attachent pas grande importance à la constitution histologique des naevi. Par contre, nous sommes d'avis que, pour un même cas, une seule explication doit être proposée.

THÉORIES NERVEUSES.—Une des raisons pour lesquelles on a tenté de faire intervenir le système nerveux est ce fait mis en lumière par Gerhardt et Morrow, de la coexistence fréquente d'affections nerveuses, comme l'hydrocéphalie, l'épilepsie, l'arriération intellectuelle, etc. Ces troubles qui, d'après Jadassohn, Blaschko, se trouvent rarement associés aux naevi, ne consistent d'ailleurs qu'en arrêt de développement, pouvant relever d'une même cause qu'eux, c'est-à-dire d'une perturbation évolutive embryonnaire.

NAEVI LINÉAIRES DESSINANT LE TRAJET D'UN NERF. — Jusqu'en 1890 environ, on a insisté sur les naevi linéaires, dessinant en somme la projection d'un nerf sur la peau. Ainsi on mettait la bande du membre postérieur représentée par la figure 3 au compte du petit sciatique, on décrivit des naevi kératosiques ou verruqueux correspondant au trajet du nerf cubital (Hallopeau 1890). On a fini par s'apercevoir que trajet d'un nerf et territoire d'innervation de celui-ci sont choses tout-à-fait différentes. Nous ne citons donc cette théorie que pour mémoire.

NAEVI OCCUPANT LE TERRITOIRE D'UN NERF PÉRIPHÉRIQUE. — Ici il est nécessaire de soulever une question, qui a également son importance pour d'autres territoires nerveux, les territoires radiculaires : Pour admettre l'influence d'une perturbation nerveuse sur la formation d'un naevus, est-il nécessaire que celui-ci occupe en entier le territoire du nerf ou de la racine dont on soupçonne le trouble fonctionnel ? D'après ce que nous savons des troubles trophiques cutanés et de leurs relations étroites avec les nerfs sensitifs, nous devons répondre à cette question en comparant avec ce qui se passe pour les troubles sensitifs. Or, nous

savons que pour les lésions des nerfs périphériques, ceux-ci n'occupent jamais complètement le territoire cutané anatomique du nerf et on explique ce fait par la recurrence nerveuse et les anastomoses cutanées, explication que nous pouvons admettre de même pour l'influence trophique. Par contre, cette restriction de l'anesthésie se fait toujours à la périphérie du territoire nerveux et s'il y a anesthésie, celle-ci occupe une étendue assez grande et continue, et jamais on n'observe de simples plaques d'anesthésie entrecoupées d'isthmes ou de plaques à sensibilité normale, analogue à ce que l'on voit dans des naevi occupant soi-disant un territoire nerveux (Feulard, v. fig. 8). Pour les racines rachidiennes, la conclusion est identique : les troubles sensitifs observés n'occupent jamais une ligne étroite, mais se présentent sous l'aspect de bandes larges occupant par exemple au membre supérieur les faces antérieure et postérieure du membre.

Est-ce à dire que, basant notre conviction sur cette constatation, nous niions *a priori*, l'influence du système nerveux ? Certes non ! En particulier pour les racines on peut répondre que d'un côté dans les naevi il est possible qu'une partie seule de la racine soit atteinte, de l'autre côté que les troubles anesthésiques observés en clinique portent sur une très grande quantité de fibres, car le plus souvent plusieurs racines sont atteintes simultanément.

Pour les nerfs périphériques cependant, pour lesquels on peut aussi bien soutenir le premier de ces arguments, nous n'hésiterons pas à trancher la question par la négative; d'après ce que nous savons de la tendance qu'ont les troubles trophiques à se manifester d'une façon prédominante à l'extrémité du membre, il est difficile de comprendre pourquoi, par exemple, dans le cas de Feulard, ce soit juste l'extrémité du pouce qui est indemne. L'influence des nerfs périphériques n'est d'ailleurs plus défendue actuellement.

NAEVI OCCUPANT LE TERRITOIRE D'UNE OU PLUSIEURS RACINES. — Les rapports entre les naevi et les ganglions rachidiens furent défendus d'abord par Baerensprung, qui s'appuya sur la distribution, l'unilatéralité des naevi et leur constitution par une hypertrophie de cette partie de la peau dans laquelle se terminent les nerfs. Hutchinson les considérait même comme le reliquat d'un zona intra-utérin.

La distribution radiculaire des naevi fut tout récemment défendue avec chaleur par Klippel et Pierre-Weil, qui d'une façon générale veulent distinguer entre le naevus-vascularite, à distribution quelconque et parfois pseudo-radiculaire et le naevus-névrite, caractérisé par la distribution radiculaire. Ils basent leur opinion sur un certain nombre de cas (fig. 5), occupant tout le territoire de plusieurs racines abdominales ; dans d'autres il n'y a que des taches antérieures et postérieures qui, comme des placards de zona, se trouvent dans des territoires radiculaires identiques. Enfin, dans un autre cas très intéressant, on voit se détacher d'un placard de la région mammaire une fine bande qui court le long du bord interne du bras et de l'avant-bras et venir mourir sur la paume de la main entre la ligne axiale et l'éminence thénar. A côté de celle-ci, partant d'un placard en fer à cheval situé sur l'omoplate, une bande tout aussi mince, concontinuant la branche supérieure du fer à cheval, gagne la région deltoïdienne, descend le long du bord externe du bras, croise la face postérieure de

l'avant-bras, suit son bord interne et celui de la main et se termine sur la face dorsale du petit doigt, de l'annulaire et de la moitié interne du médius.

Pour les premiers de ces faits, dont l'exactitude est indiscutable, l'on ne peut dire que ceci : que l'hypothèse des auteurs peut être vraie, mais que l'on peut aussi expliquer ces localisations d'une façon différente, comme nous le verrons plus bas. Dans la dernière observation et au niveau de l'avant-bras et de la main, la disposition radiculaire semble évidente et, point important, face dorsale et antérieure sont prises alors que dans des observations de Spietchka, de Echmarde-Kulenkampf, il n'existe qu'une seule ligne interne. Malheureusement l'existence de la deuxième ligne, croisant en spirale la face postérieure du membre, doit faire rejeter l'explication de Klippel et Weil. L'hypothèse suggérée sans conviction par les auteurs que cette dernière ligne pourrait peut-être trouver son explication dans la rotation du membre supérieur, n'est pas valable au point de vue de la distribution radiculaire telle que nous la connaissons dans les anesthésies. Une plus grande importance revient à la constatation, dans ce cas, d'une pigmentation de la substance grise centrale des derniers segments cervicaux et premiers dorsaux et qui pourrait être le résultat d'une lésion embryonnaire, la bilatéralité de la lésion ne pouvant pas être opposée d'une façon absolue à l'unilatéralité du naevus. Cette trouvaille intéressante devra inciter à examiner avec soin le système dans les cas de ce genre, nous ne la croyons pas encore suffisante pour donner à la théorie radiculaire un fondement solide. La théorie radiculaire est par ailleurs incapable d'expliquer le redressement thoracique latéral (fig. 6), les lignes verticales médianes ou la formation de tourbillons, sans parler même d'aspects plus compliqués et indescriptibles (Hutchinson, etc.). La distinction en naevus-vascularite et naevus-névrite, basée sur la distribution apparente de la lésion, ne constitue-t-elle pas jusqu'à un point une pétition de principe ? Cependant dans certains cas la distribution radiculaire semble s'imposer comme dans un cas d'ichtyose d'Hallopeau et Guibal occupant le territoire de L 2 à S 4 des deux côtés (fig. 9).

La *théorie métamérique spinale* n'a pu s'appuyer beaucoup sur le naevi. Brissaud cite un naevus papillomateux de Radcliffe Crocker, qui occupait la moitié supérieure de l'avant-bras et la moitié inférieure du bras, et un cas d'angio-kératome de Fournier dont la limite inférieure passait transversalement au niveau du tiers supérieur du dos des mains. Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, il est impossible d'admettre des limites métamériques transversales siégeant à n'importe quel niveau d'un segment de membre. Les hypertrichoses congénitales, rapportées par Hardy (depuis l'ombilic et 6e vertèbre dorsale jusqu'au milieu de la cuisse), par Ruggieri (anneaux réguliers formant caleçon et gilet), par Hilbert (avant-bras, bras et partie toute voisine de l'épaule), ne prouvent rien non plus ; il s'agit dans ce cas d'un trouble évolutif de la peau qui, sans doute, est antérieur à l'influence du système nerveux. On peut cependant les rapprocher, non pas de cette division du corps de certaines races d'animaux en moitiés antérieure et postérieure, de couleur différente que cite Brissaud pour sa limite thoracique nettement transversale, mais des anneaux pigmentaires de certains animaux comme le tigre, le chat, le zèbre, l'hippotigris guappa, qui aux membres sont perpendiculaires à la ligne axiale. Déjà Pouchet et Van

Rynbeck ont vu l'expression d'une segmentation dans les lignes pigmentées de ces animaux ; mais une théorie générale comme celle de Brissaud ne peut être basée sur des faits d'origine embryonnaire aussi obscure.

Théories cutanées. — Nous passerons plus rapidement sur ces théories qui intéressent moins le neurologiste. O. Simon, et surtout Kaposi, expliquèrent le naevi à trajet nerveux par ce fait que dans le développement des membres et leur rotation en avant et dedans, les nerfs aussi bien que les papilles, les vaisseaux, les tractus conjonctifs et les poils prennent la même direction, et que les naevi sont donc orientés suivant les directions fisurales du derme. Blaschko fait observer avec raison que cela n'explique pas la forme linéaire de ces altérations et que souvent celles-ci croisent les directions fissurales dermiques.

Philippson insista sur la coïncidence des naevi linéaires du membre inférieur avec les lignes de Voigt. Il suffit de comparer notre fig. 2 avec le schéma de Voigt (fig. 10), pour se rendre compte de la justesse de cette observation; l'auteur pense que ces lignes, qui représentent la rencontre de différentes directions de croissance de la peau, sont particulièrement exposées à des troubles évolutifs. Si la coïncidence des naevi linéaires avec les lignes de Voigt est fréquente, il n'en est pas moins vrai que pour un même naevus la superposition n'est souvent que partielle, et que d'autres croisent ces lignes.

Blaschko (1895) pense que l'apparence rhizomérique de certains naevi n'est pas sous la dépendance du système nerveux, mais est constituée par une anomalie de développement des dermatomères, à la suite d'un trouble survenant au moment de la différenciation des crêtes épidermiques et des glandes cutanées; cett différenciation débuterait par la ligne-limite de deux territoires voisins et de là se poursuivrait sur le reste du dermatomère; le trouble aurait chance de frapper avant tout cette ligne limite et pourrait dans d'autres cas intéresser ensuite le territoire entier. Cette hypothèse ingénieuse ne peut pas davantage éclairer tous les cas et est en particulier impuissante pour expliquer les redressements thoraciques latéraux et les tourbillons.

Ces derniers pourraient se comprendre plus facilement, en admettant avec Jadassohn que les naevi linéaires se superposent aux lignes de direction des poils, telles que Voigt les a représentés (fig. 10); ces tourbillons siègent en effet en des endroits où se rencontrent normalement ou par exception des tourbillons pileux. De plus, cette théorie expliquerait pourquoi la région médiane dorsale est parfois respectée. Si bon nombre de cas s'accommode de cette théorie, d'autres ne peuvent y rentrer; les naevi coupent souvent les lignes de direction des poils et parfois occupent des endroits glabres comme la paume de la main. Il en est de même pour les lignes de séparation des différents champs pileux.

La superposition assez fréquente entre ces éléments dépendrait, d'après Blaschko et Lœwy, de la direction générale des crêtes épidermiques. En effet, dans les naevi pilaires on en rencontre de forme arrondie, ovale, rhomboïde, dentelée, limités par ces crêtes; pour les naevis linéaires, tous les auteurs semblent s'accorder à voir dans les lignes de rencontre des territoires pileux, dermatomériques, ou dans les lignes de Voigt, les endroits particulièrement soumis aux influences venant troubler l'évolution normale de la peau. Blaschko a représenté sur un schéma les lignes suivant lesquelles siègent les naevi (fig. 11); il tire un argu-

ment pour leur caractère dermatomérique de leur nombre égal au nombre des métamères vertébraux. En dehors des arguments que nous avons déjà cités contre l'influence du système nerveux, il ajoute que le ruban naevique devrait être plus large qu'il n'est s'il occupait un territoire radiculaire (argument que nous avons discuté plus haut sous une autre forme), et que, raison plus valable, si ces lignes occupent les lignes de séparation des dermatomères, on ne peut admettre une influence nerveuse. Cependant là encore on pourrait se servir de l'idée de Voigt que c'est à cause de la confluence d'influx nerveux provenant de segments différents que sur ces lignes l'épithélium se met à proliférer après des excitations minimes. D'une manière générale, si les naevi linéaires suivent réellement les lignes limites des territoires visés ou les crêtes épidermiques de même direction, il faut encore s'étonner qu'on n'observe pas de naevus pileux linéaires, puisque les poils ont mêmes direction et inclinaison que ces crêtes.

On voit donc que tant les théories nerveuses que les théories dermiques ne peuvent expliquer la généralité des cas. Il serait désirable avant tout que l'on soit fixé sur la date d'apparition des naevi congénitaux ; si elle appartient à la période embryonnaire, le système nerveux n'a probablement rien à faire avec eux. Cependant, même dans ce cas, il reste la possibilité que pour certains d'entre eux une influence nerveuse joue un rôle, comme nous le verrons pour les trophodermatoses acquises. En tout cas, ici encore la théorie de la métamérie spinale n'a rien de précis à son actif.

Trophonévroses cutanées, lichénoïdes, lichen ruber plan, psoriasis. — Les mêmes problèmes se posent ici, avec cette différence qu'il s'agit d'affections acquises. Des cas rappelant les stries habituelles des naevi varruqueux aux membres inférieurs ont été rapportés par Balzer et Mercier, Hallopeau et Constensoux, Hallopeau et Gardner, Rona, Jadassohn (éruptions lichénoïdes), par Blaschko, Ledermann, Galloway, Djeladdin-Moukhtar, Balzer et Guénot, Gaucher et Abrami, Danlos (lichen ruber), par Brocq, Thibierge Waelsch, Blaschko, Jadassohn (psoriasis), Shearar, Harttung, Tauton, etc. (eczéma). Aux membres supérieurs des éruptions analogues en bandes ont été vues par Jadassohn, Bayet, Herxheimer, Doutrelepont, etc. Souvent il s'agit d'une bande interne, ou axile, ou externe. D'autre fois le trajet de la bande est capricieux. Au thorax, ces affections peuvent revêtir l'aspect zoniforme, même lorsque elles ne se sont pas, comme dans l'observation de Rebreyend et Lombard, fixées sur le lieu d'un zona antérieur qui a peut-être servi de point d'appel. Ici encore, puisque le prurit associé semble montrer qu'il s'agit comme le dit Brocq de névro-dermites, la discussion n'est pas close et il est aussi impossible d'affirmer que de nier une distribution nerveuse. En faveur de celle-ci plaide le cas de Bettmann d'éczéma avec anesthésie dans le domaine de la quatrième et cinquième cervicale.

Syphilides zoniformes. — Elles occupaient dans la majorité des cas (Gaucher et Barbe, Barbe, Sicard et Touchard. — Syphilides populo-squameuses ou tuberculeuses), une bande thoracique unilatérale à direction légèrement oblique, n'atteignant pas toujours la ligne médiane en arrière. Dans l'observation de

Sicard et Touchard, le malade était tabétique. Dans celles de Spillmann et Etienne, un naevus et un zona avaient servi de point d'appel. Des syphilides tuberculeuses longeant en bande le membre supérieur ou inférieur ont été vues par Fournier et par Vidal.

Brissaud a voulu voir dans la syphilide pigmentaire un exemple de métamérisation spinale. Les exemples qu'il en rapporte avec Souques ne sont pas probants et s'interprètent mieux avec l'hypothèse radiculaire (thorax et bandes externes sur les bras).

Enfin Viel a décrit sous le nom de roséoles ordonnées des éruptions spécifiques se disposant sur la face postérieure du thorax, en bas sous la forme de lignes presque horizontales et concaves vers le haut et prenant au fur et à mesure que l'on monte l'aspect d'arcs de cercles à centre situé au niveau de l'articulation scopulo-humérale. La face antérieure du thorax n'est pas atteinte. Ces roséoles ne correspondent à aucune systématisation connue.

PURPURA, ERUPTIONS INFECTIEUSES. — L'intervention du système nerveux dans les éruptions des maladies infectieuses semble probable déjà au point de vue clinique, par la rachialgie de la variole par exemple. M. Roger, seul, puis avec P.-E. Weill a attribué la forme au caleçon de bain du rash scarlatiniforme et purpuriforme à l'atteinte des douzième racine dorsale et première lombaire ; il a montré et Langevin après lui que cette région est ensuite respectée parfois par l'éruption pustuleuse ou que celle-ci y est plus confluente en d'autres circonstances. Il voit également dans les rashes en plaques axillaires l'expression d'une atteinte radiculaire ; à tort suivant nous. Dans la scarlatine, Langevin a rapporté des cas d'éruptions rhizomériques ou de métamérisation spinale pour ces derniers en particulier aux bras et à la jambe. La limite supérieure siège soit au milieu du bras, soit au tiers inférieur de la jambe, le pied pouvant être respecté. Dans ces éruptions à type radiculaire ou spinal, il existe cependant une localisation associée qui doit rendre prudent dans l'interprétation des faits : ce sont deux bandes verticales thoraciques latérales réunissant l'éruption fessière à l'éruption axillaire et brachiale. Ces mêmes bandes se voient dans le cas de purpura métamérique de M. Roger.

Dans le purpura exenthématique, pour l'apparition duquel doivent intervenir d'après les expériences de Grenet, trois facteurs : hépatique, nerveux et toxique, Armand Delille, Ramond, ont rencontré des distributions radiculaires, Grenet des éruptions en collier, en bracelet. Nous rappellerons que Grenet a constaté parfois de la lymphocytose rachidienne.

Les cas d'urticaire à bande thoracique gauche transitoire avec lymphocytose d'Achard, de Dopter, celui de Tardes occupant en haut les 5e et 7e segments cervicaux d'après Thornburn, en bas les 3e et 4e lombaires d'après Head, l'existence d'urticaire avant, avec ou après le zona (Fabre), la production par la même cause chez deux frères de zona chez l'un, d'urticaire chez l'autre (Lormier) montrent la possibilité d'une irritation radiculaire au début de cette affection prurigineuse.

Les cas d'érythème d'Achard et Clerc (rectangle thoracique latéral) et de Thibierge (triangle dorsal médian et plaques sur les épaules) n'intéressent point notre sujet.

Sclérodermie. — A côté de la sclérodermie généralisée, de la morphée, de la sclérodactylie, de la sclérodermie en plaques isolées et strictement symétriques et de la sclérodermie unilatérale (Bergson, Anitschoff, Pelzaeus, Darier et Gastou), il n'est pas exceptionnel de rencontrer la sclérodermie en plaques et en bandes. Ces bandes de sclérodermie ont été considérées pendant longtemps comme occupant des territoires des nerfs périphériques, surtout dans le domaine du trijumeau (Kaposi, Fournier, Hutchinson et Anderson-Spillmann), entier ou d'une ou plusieurs de ses branches. Parmi elles il y a cette forme appelée en coup de sabre, composée d'une ou de deux stries frontales correspondant à peu près aux nerfs frontaux (Haushalter, Spillmann, Fournier et Lœper, Dubreuilh). Dans d'autres cas, les bandes se trouvent dans le domaine des nerfs intercostaux Dinkler, Mendes da Costa) du nerf radial (Neumann, Debove et Biro,) du médian (Kohn), du cubital (Riehn, Andrée), du sciatique (Gibney, Daulos), du saphène interne (Kaposi, Colcott Fox, Raymond), du brachial cutané interne (Hallopeau, etc.). Lewin et Heller qui en 1895 en réunissaient vingt-cinq cas purent d'ailleurs leur opposer vingt-cinq dans lesquels il n'y avait aucune coïncidence avec un territoire nerveux périphérique. Cette coïncidence semble d'ailleurs dans beaucoup de cas n'avoir été qu'approximative, par exemple pour le cas d'Hallopeau où il n'existait que quelques plaques tout le long du bord interne du bras ; c'est-à-dire dans un territoire radiculaire. Sur ces sclérodermies radiculaires, Brissaud, puis Drouin ont insisté; dans les cas Drouin-Thibierge, de Touton, la bande était située à la partie interne du membre supérieur.

Dans une observation de Bruns, la limite supérieure coïncidait avec celle du premier segment lombaire ; dans celle de West, le troisième segment lombaire était atteint. Nous n'avons pu contrôler tous ces cas. Certains indices nous feraient cependant supposer que là encore nous retrouvons les territoires de prédilection des naevi : ligne de Voigt postérieure (nerf petit sciatique) bande interne (Pincus-Isaac) de la jambe.

De plus pour la sclérodermie du front en coup de sabre, nous avons retrouvé dans une observation de Thibierge, la bande étroite et paramédiane coupant le front et descendant sur le nez. De plus une plaque dans un territoire nerveux donné peut en s'étendant envahir des territoires voisins. Quoi qu'il en soit, ces faits ont été le principal appui de la théorie nerveuse de la sclérodermie, à laquelle on peut opposer les théories, par trouble des sécrétions internes, par infection et par lésions artérielles. Que ces dernières interviennent souvent, il n'y a pas de doute, et certaines bandes sont souvent plutôt orientées par rapport aux vaisseaux que par rapport aux nerfs. La coëxistence de l'hémiatrophie faciale qui est loin d'être exceptionnelle et à laquelle, à la suite des expériences d'Angelucci, quelques auteurs, et en particulier Déperine, attribuent une origine sympathique, a appelé l'attention sur le nerf de la vie végétative, d'autant plus qu'on ne rencontre que rarement des symptômes nerveux cérébrospinaux (paralysies, anesthésies) associés à la sclérodermie. L'action de ce nerf sur les vasomoteurs vient à l'appui de cette manière de voir. Somme toute, la pathogénie de cette affection est encore trop obscure pour tirer des conclusions; et il n'est pas impossible qu'on trouve un jour dans le système nerveux la raison de la distribution nerveuse apparente de certains cas. Là encore notre ignorance sur

les territoires cutanés du sympathique constitue un impedimentum. Brissaud a voulu voir dans les sclérodermies généralisées, débutant par une main et un avant-bras par exemple ou prenant les quatre membres en respectant le tronc (Touton), un exemple de métamérisation spéciale, conclusion trop hâtive dans une maladie où les troubles vasculaires ont une telle importance.

CONCLUSIONS

1. — Dans les lésions des hémisphères cérébraux, on peut rencontrer des troubles sudoraux, vasomoteurs, pigmentataires, pileux et trophiques siégeant du côté opposé à la lésion et relevant de la perturbation des centres régulateurs, du moins en ce qui concerne les troubles sudoraux et vasomoteurs. Ceux-ci occupent, soit la totalité du côté paralysé ou hémianesthésique, soit une partie, qui, pour la sueur, est en général la face; quand les membres sont atteints, ces troubles prédominent aux extrémités. Pour les troubles vasomoteurs, la limitation à un membre monoplégique doit les faire attribuer à la lésion corticale, les lésions sous-corticales intéressant le noyau caudé donnant naissance à des troubles de toute la moitié du corps.

2. — Il ne semble pas y avoir de centres sudoraux ou vasomoteurs dans le pédoncule cérébral et la protubérance annulaire, dont les lésions produisent des troubles superposables comme distribution aux anesthésies (hémianesthésies ou anesthésies alternes).

3. — Dans le bulbe, on ne sait rien de précis sur les centres sudoripares; pour les centres vasomoteurs, les travaux de Babinski montrent que ces centres sont paires et situés près des centres sympathiques oculaires.

4. — Les affections du sympathique cervical s'accompagnent fréquemment de troubles sudoraux d'une moitié de la face, plus rarement de troubles vasomoteurs.

5. — Dans les affections des nerfs périphériques, les troubles sudoraux vasomoteurs et trophiques n'occupent pas en général strictement le domaine d'innervation correspondant, mais sont le plus souvent plus étendus.

6. — Dans la moelle, on peut distinguer entre les lésions des voies sudorales et des centres sudoraux. Les premières entrainent des hémihyperhidroses ou anhidroses, les secondes des troubles atteignant d'un ou des deux côtés soit la face ou le cou, soit le membre supérieur, soit celui-ci et le thorax, soit le ventre et le membre inférieur. Il n'existe pas de cas d'ephidrose à distribution radiculaire; dans le cas de syringomyélie de Schlesinger et Schnitzler, il y avait au contraire hyperhidrose du bras et de l'avant-bras avec intégrité de la main, donc en somme un type segmentaire en tranche. La limite supérieure de ces troubles au niveau des membres manque de netteté, ne permettant pas de conclusions, contrairement à ce qui se voit sur la ligne médiane.

Pour les vasomoteurs, les limites ne sont jamais nettes; ils ont toujours une tendance à se localiser aux extrémités des membres, ou à y prédominer, ce qui tient à la structure particulière des vaisseaux de ces régions. On ne peut parler de systématisation radiculaire ou spinale dans le sens de Brissaud. Cependant pour le purpura une distribution radiculaire pourra se rencontrer à titre exceptionnel. Les centres médullaires sont mal connus; à en juger d'après Klippel et Monier-Vinard, les centres cervico-dorsaux auraient un domaine périphérique analogue aux centres sudoraux correspondants.

7. — Les troubles trophiques doivent être considérés comme résultant de nature réflexe et d'origine irritative et inhibitoire. Certains d'entre eux résultent de la combinaison de la perversion de l'influence trophique du système nerveux et de causes extérieures qui conditionnent leur localisation. Les autres, pour lesquels pareille interprétation n'est pas de mise, ont une grande tendance à se localiser aux extrémités, mais se voient encore sous la forme de plaques et même de bandes (sclérodermie). Leur répartition paraît, pour une partie du moins, être dirigée par les troubles vasomoteurs concommitants.

8. — D'une façon générale pour la systématisation des troubles trophiques, sudoraux, pileux, vasomoteurs, nous souffrons de l'ignorance dans laquelle nous sommes relativement aux territoires cutanés du sympathique. Ce que nous pouvons dire, c'est que ces troubles accompagnent en général les troubles sensitifs, mais non d'une façon exclusive, que la distribution radiculaire n'a presque rien à son actif ici, et qu'au point de vue de la distribution en tranches seul un cas de Schlesinger et Schnitzler semble plaider pour elle d'une manière précise.

9. — Le zona et les éruptions zostériformes relèvent dans l'immense majorité des cas d'une lésion du ganglion spinal et ont une distribution radiculaire. Il existe cependant quelques cas de zona périphérique, fait qui n'est pas contraire aux idées pathogéniques que nous avons sur le zona. Pour la métamérie de Brissaud, on ne peut citer que deux cas.

10. — Dans la classe des naevi, on doit distinguer entre le naevus vasculaire simple ou ostéohypertrophique et les autres navi verruqueux, pigmentaires. pileux, etc. Tandis que pour les premiers l'idée d'une systématisation nerveuse ne peut venir qu'exceptionnellement, pour des naevi de la tête la systématisation nerveuse doit être discutée pour les seconds. C'est dans ce sens que l'on peut admettre la division de MM. Klippel et Pierre-Weil en naevus-vascularite et naevus nevrite. Les naevi vasculaires semblent être dus à un trouble du développement embryologique des bourgeons branchiaux à la face ou à une inflammation vasculaire. Leur apparence systématisée à la face, d'ailleurs rare, s'explique par leur pathogénie.

Pour les naevi « nerveux », aucune des théories nerveuses ou cutanées proposées ne peut expliquer tous les cas. Si nous ne croyons pas que cela soit une nécessité absolue, nous croyons au contraire devoir exiger que pour un même cas une théorie donnée doit pouvoir éclairer toutes ses particularités.

En nous plaçant à ce point de vue, nous n'avons pas rencontré un seul cas permettant de croire à une systématisation strictement nerveuse périphérique, radiculaire ou spinale ; nous en exceptons un cas d'ichtyose occupant le territoire des quatre dernières racines lombaires et les racines sacrées. Par contre, on trouve quelques cas où les rapports entre la lésion et les racines est jusqu'à un certain point acceptable. De même, la pigmentation des membres de certains animaux pourrait être interprêtée en faveur de la théorie de Brissaud.

Bien plus grand est le nombre des cas pouvant s'adapter à l'une ou l'autre des théories cutanées basées soit à celle sur les lignes de Voigt, soit sur la direction des crêtes épidermiques, soit sur celles des courants pileux ou des limites des dermatomères. Mais il reste certaines particularités, comme la forme en S de certaines bandes thoraciques, qui restent inexplicables.

D'une façon générale, nous inclinons davantage vers l'origine cutanée de ces naevi, le système nerveux intervenant tout au plus comme excitant de la prolifération épidermique, aux endroits de rencontre de deux dermatomères et rihzomères. Un fait est certain c'est que les théories cutanées prises dans leur ensemble parviennent à donner l'explication de plus de faits que les théories nerveuses.

11. — Les mêmes considérations s'appliquent aux dermatoses acquises systématisées.

12. — Dans les éruptions infectieuses, si la forme en caleçon de bain de certain rashs en éruption fait surgir l'idée d'une influence nerveuse s'exerçant sur les racines, d'autres particularités échappent à cette explication. Il existe au contraire des cas de purpura radiculaires.

13. — Pour la sclérodermie en bandes ou en plaques, la systématisation rhizomérique ne s'explique pas uniquement par la théorie nerveuse, des influences sympathiques vasomotrices y intervenant.

14. — D'une façon générale, la métamérisation spinale dans le sens de Brissaud n'a pour elle d'arguments, ni anatomiques, ni physiologiques, ni embryologiques, ni cliniques.

Pour admettre qu'il y ait dans un cas une pareille systématisation, il faut observer des troubles respectant le segment terminal du membre ; lorsque celui-ci est seul pris, le fait s'explique par la tendance des influences vasomotrices, à frapper d'abord l'extrémité. L'unique exemple d'hyperhidrose, les quelques rares cas de zona et d'anesthésie s'expliquent peut-être par le fait que les fibres destinées à un même segment de membre voyagent de concert à l'intérieur de la moelle ; ce n'est d'ailleurs là qu'une hypothèse, cependant pour les centres sudoraux pourrait-on admettre une systématisation segmentaire, mais on n'aura le droit de le faire que lorsque leur anatomie nous sera bien connue.

15. — Il faut se garder, d'une façon générale, de trop systématiser, et il est utile de se rappeler que, dans le cancer de la face, l'ulcération peut exceptionnellement occuper strictement le domaine d'une ou de plusieures branches de la cinquième paire, sans qu'on soit autorisé d'y voir ls manifestation d'une influence nerveuse, comme l'a fait Cheatle.

INDEX

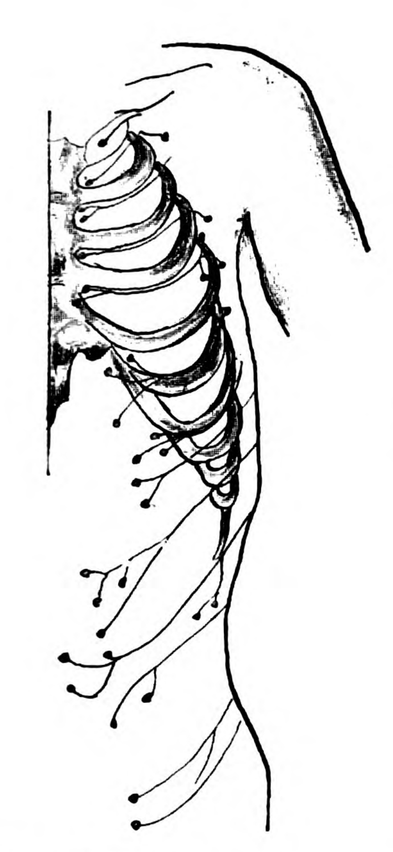
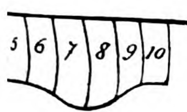
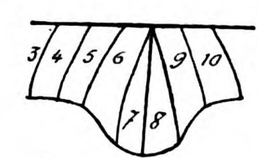
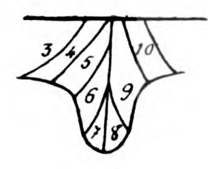


Fig. 1. Trajet des nerfs intercostaux et leurs terminaisons
d'après FROEHLICH & GROSSER
(simplifiée)









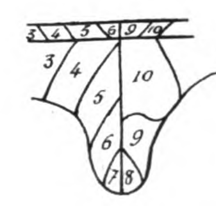


Fig. 2. Développement d'un membre et situations consécutives des dermatomères
(d'après BOLK)



Fig. 3. Naevus verruqueux d'après PHILIPPSON), type le plus fréquent au membre inférieur



Fig. 4. Naevus (MERKLEN).

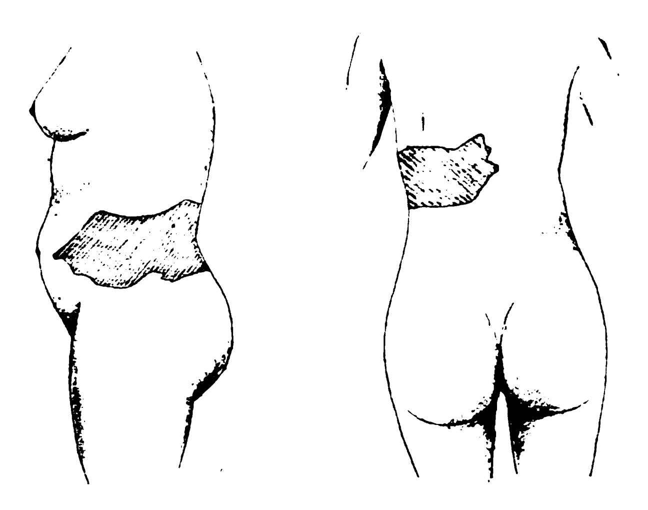


Fig. 5. Naevus pigmentaire abdominal (Klippel & Pierre Weil).

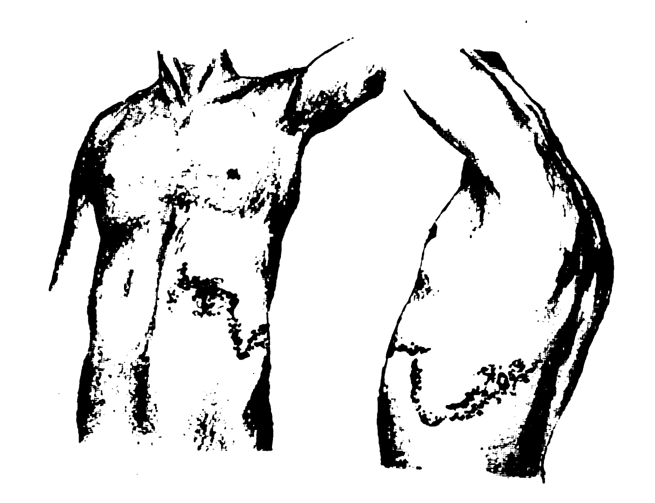


Fig. 6. Naevus linéaire verruqueux (Blaschko) montrant la formation en S thoracique.



Fig. 7. Naevus linéaire du membre supérieur (Esmarde-Kulenkampf).



Fig. 8. Naevus en bande externe de l'avant-bras (Feulard).



Fig. 9. Naevus du territoire de la 3e racine cervicale (CHEATLE)

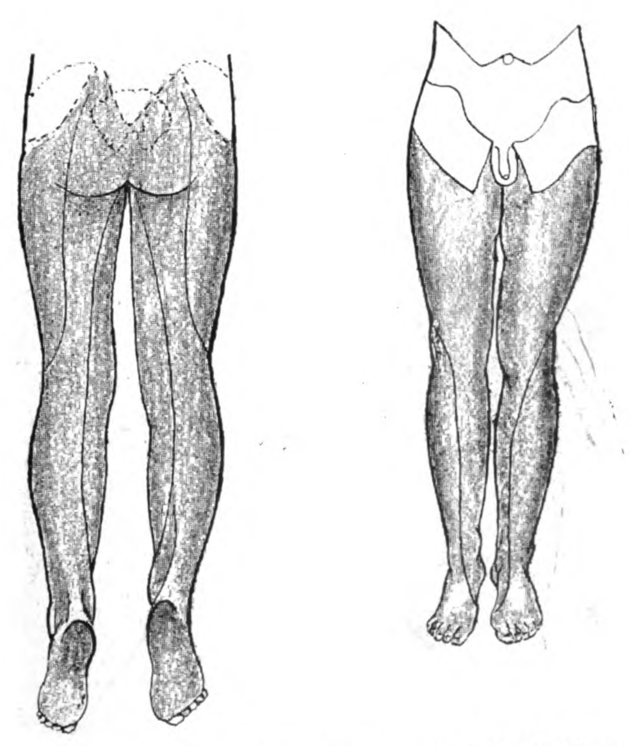


Fig. 9BIS. Ichtyose occupant le territoire des 2e - 5e racines lombaires et des racines sacrées (HALLOPEAU & GUIBAL).

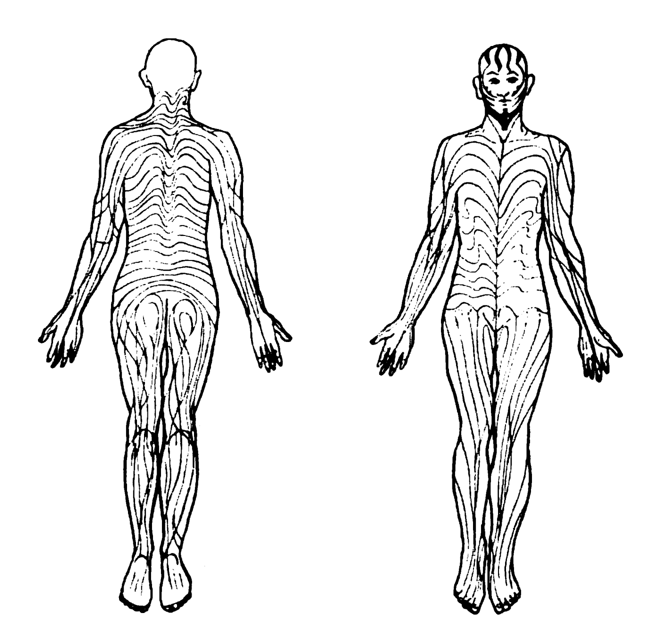


Fig. 10. Lignes de Voigt.

Fig. 10bis. Lignes de direction des poils. (Voigt).

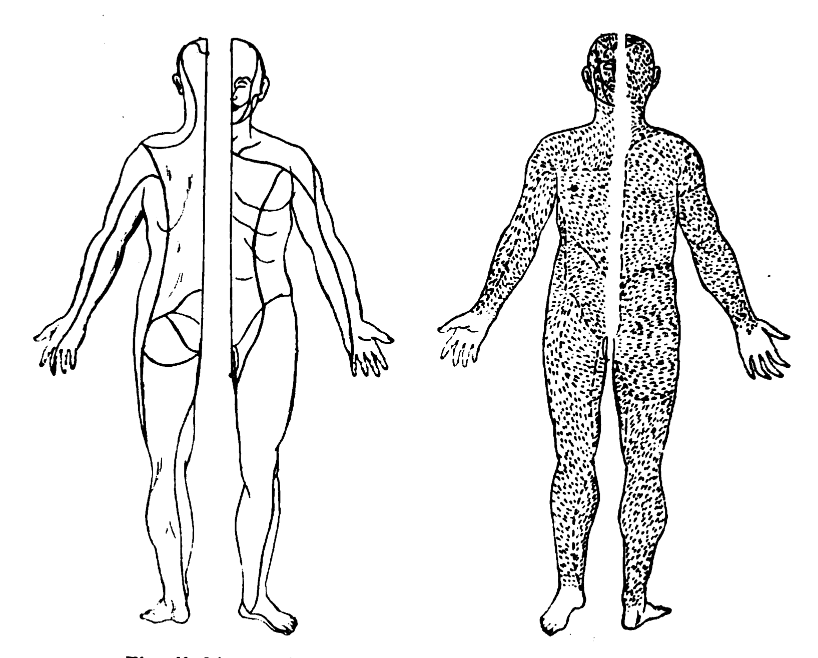


Fig. 11. Lignes résumant la direction des naevi (Blaschko).

La systématisation des lésions cutanées dans les maladies nerveuses et mentales

par le Dr Fr. Sano

Médecin en chef de l'Asile Dépôt d'Anvers

Résumé

Il peut paraître audacieux d'ajouter une notice théorique au rapport si complet et si documenté de mon savant confrère, le Dr Rose. Mais au cours de son travail, le rapporteur indique clairement combien nos connaissances anatomiques sont insuffisantes pour donner actuellement une explication certaine à beaucoup de lésions cutanées, dont la dépendance à l'égard du système nerveux est cependant probable. D'autre part, les quinze conclusions montrent toute la diversité des cas, que l'on aurait tort de réunir en une seule classe de phénomènes morbides et répondant à un seul mode de systématisation.

La théorie que nous aurons à esquisser ne sera donc pas la résultante logique et irréfutable des faits rigoureusement contrôlés et clairement élucidés.

Ce sera l'hypothèse fragile et hésitante, qui invitera aux recherches nouvelles, mais qui ne prétend même pas les guider.

***

Il est un point qui ressort à l'évidence des recherches du Dr Rose, c'est qu'il faut strictement éliminer des troubles trophiques cutanés, sous la dépendance du système nerveux, les lésions dont l'origine remonte à la formation embryonnaire de la peau, avant même que le système nerveux n'ait eu d'influence sur elle.

Les recherches de Bolk et celles de Winkler et van Rijnberk nous ont montré que les dermatomères en s'étalant sur les bourgeons de croissance des membres ne conservent pas toujours très exactement les mêmes limites; des variations sont fréquentes chez le chien.

Ces dermatomères ainsi délimitées par la connaissance de la distribution radiculaire sensitive à la surface de la peau, répondent-elles aux régions cutanées issues d'un même segment embryonnaire, tel

que nous pouvons nous le représenter idéalement? On ne le saura exactement que quand on aura en même temps retrouvé les territoires cutanés dont l'activité pilo- ou sécréto-motrice répond par réflexe simple à l'excitation spécifique de la région sensitive.

Ceci demande une explication. Lorsque l'on sectionne le nerf moteur d'un muscle strié, la chromolyse nous renseigne sur la localisation des fonctions motrices dans la corne antérieure, mais en même temps la chromolyse des cellules sensitives indique la localisation des fonctions sensitives dans la chaîne des ganglions spinaux. Et comme Sherrington le soupçonnait déjà par l'expérimentation physiologique, l'anatomie nous démontre que cette localisation sensitive se fait exactement à la même hauteur que la localisation motrice, dans les neurotomes correspondants. Ainsi l'arc réflexe simple, premier circuit dont la constante activité maintient le tonus musculaire spinal, nous permet de soupçonner que le muscle innervé par lui, et qui forme avec lui un tout, un ensemble neuro-musculaire, appartient aux mêmes segments du corps de l'embryon (métamères).

Une surface cutanée, dont nous pourrions poursuivre l'innervation sensitive et l'innervation pilo- ou sécréto-motrice, pourrait être rapportée de même avec quelque probabilité au segment médullaire, auquel appartient l'arc réflexe simple pilo- ou sécréto-moteur.

Nous n'oserions rapprocher de cette comparaison les résultats que nous donnerait la connaissance des régions cutanées, dont l'excitation spécifique produirait des réactions vasomotrices localisées à cette région. En effet, les nerfs vasomoteurs forment un système spécial avec les vaisseaux et ceux-ci s'accroissent dans l'embryon en quittant des points souvent fort éloignés de ceux auxquels ils vont aboutir; ils s'avancent, s'insinuant dans les chairs avec une variabilité topographique souvent très grande et leur innervation répond à des influences complexes et éloignées

Le diaphragme, entraîné loin de son origine embryologique, sous forme de cellules indifférentes, entraîne avec lui son arc nerveux sensitivo-moteur; mais sa vascularisation s'établit ultérieurement sur place. Le cœur et les viscères font de même; seuls ceux dont la vascularisation est faite avant leur migration, entraînent les vaisseaux à distance.

Il pourrait en être de même pour les segments métamériques de la peau: les arcs réflexes primitifs qui en commandent les vaisseaux répondraient à une topographie très différente à celle des dermatomères, sous lesquelles ils s'introduisent pour les besoins de leurs multiples fonctions, après que ces dermatomères ont été entraînées à leur place définitive.

Comme le dit le D[r] Rose, la disposition des réseaux vasculaires explique pourquoi les lésions peuvent se produire à l'extrémité des membres. Mais encore l'innervation motrice des artères et des veines

peut répondre à des incitations médullaires, qu'il y aurait lieu de mieux connaître avant de conclure.

Les recherches anatomiques expérimentales sur les noyaux moteurs médullaires du grand sympathique sont trop peu avancées.

Il me paraît impossible, dans l'état actuel de nos connaissances anatomiques, d'entrer plus avant dans cette question.

Si la topographie des circuits réflexes primitifs, sécréto- pilo- ou vasomoteurs cutanés nous est si peu connue, il nous est bien plus difficile encore d'examiner s'il pourrait exister dans l'intérieur de la moelle des arrangements nouveaux, dont les atteintes détermineraient à la périphérie une répercussion différente de la lésion névritique, radiculaire ou nucléaire.

Si la conception de M. le Professeur Brissaud, qui tend à nous expliquer certains faits cliniques d'anesthésie ou d'analgésie, par des arrangements intra-médullaires différents des systématisations radiculaires ou périphériques, ne repose sur aucune preuve directe d'anatomie médullaire, il serait cependant exagéré de dire qu'elle n'est même pas justifiée par des preuves indirectes. La conception architectonique que nous sommes en droit de nous faire du système nerveux en général nous y conduit inévitablement et dans le domaine des voies motrices les preuves anatomiques sont venues appuyer la conception géniale du maître français.

La grande loi de la corrélation morphologique des organes se vérifie ici dans les moindres détails.

Une grande leçon se dégage, à mon avis, des multiples discussions dont furent l'objet les groupements des noyaux moteurs innervant les muscles striés. Loin de s'exclure, les théories diverses se complétaient par leur côté positif : les noyaux moteurs se trouvent agencés suivant une remarquable ordonnance qui répond à leurs origines anatomiques et à de mustiples coordinations fonctionnelles.

Théorie musculaire, théorie segmentaire, théorie fonctionnelle, théorie téléologique ! Il semblait extraordinaire que tous avaient vu juste, tout en n'ayant vu qu'un côté de la question : la connaissance approfondie de la structure médullaire nous donna à tous raison et la Nature, dans son étonnante et admirable richesse, sut ainsi combler diversement chacun de ses adorateurs.

Mais une nouvelle surprise nous était réservée, et c'est le professeur Ariëns Kappers, d'Amsterdam, qui nous en offre le détail dans son étude sur la migration phylogénétique du noyau moteur du facial en rapport avec les modifications de la musculature de la face.

Par une série de travaux, Ariëns Kappers établit que c'est sous l'influence de deux facteurs que cette migration s'est faite : l'intervention croissante de sensations visuelles sur l'opportunité des mouvements des muscles faciaux, et le développement de la voie pyramidale, qui transmet vers le noyau du facial les incitations vo-

lontaires de l'écorce. Cette intervention de la voie pyramidale attire, si l'on peut s'exprimer ainsi, le noyau du facial vers la partie ventrale du bulbe; les coordinations fonctionnelles déterminées par l'effort volontaire répondent à des besoins nouveaux, différents de l'ancienne fonction (purement respiratoire) et la musculature elle-même, à la périphérie, glisse sous la peau en se rapprochant des organes des sens qui en deviennent les incitateurs indirects dominants.

On devine ce que cette nouvelle manière d'envisager les noyaux moteurs peut nous réserver d'explications intéressantes. Ne voyons-nous pas dans la moelle la corne antérieure se fléchir vers le faisceau pyramidal et les noyaux les plus différenciés ne sont-ils pas les plus rapprochés de lui. La zone segmentaire de la main s'en trouve rapprochée le plus près, tandis que les noyaux des muscles du dos s'en trouvent les plus éloignés.

Dans la voie pyramidale elle-même on nous a démontré des groupements de fibres, répondant à leur rôle fonctionnel. Au pédoncule cérébral la systématisation est connue; il paraîtrait que dans la moelle les fibres qui agissent sur les noyaux du membre supérieur se trouveraient dans la partie ventrale, tandis que les fibres innervant les noyaux lombaires seraient rangées en arrière de celles-ci.

Ce groupement des fibres dans la voie pyramidale dérive des localisations dans l'écorce du lobe central et ainsi nous nous expliquons comment les lésions corticales déterminent des paralysies ou des contractions bien différentes des paralysies médullaires.

Cette rapide esquisse peut nous faire entrevoir que dans les voies sensibles aussi des différenciations et des groupements divers, que nous ignorons encore, peuvent exister et elle doit nous engager à la plus prudente réserve. Mais elle nous permet de croire que dans les noyaux vasomoteurs de la moelle, que nous pouvons voir, sans savoir cependant les identifier encore, il peut y avoir des différenciations analogues à celles des noyaux moteurs des muscles striés.

Et il importe d'y insister, les troubles trophiques doivent être rapportés bien plus à des lésions des voies motrices, qu'à celle des voies sensitives. C'est donc la connaissance de ces noyaux moteurs médullaires du grand sympathique, qui doit nous mettre sur la voie des explications claires et compréhensibles.

Alcoolisme et Criminalité

VINGTIÈME CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

sous le Haut Patronage de Sa Majesté le Roi Albert
et du Gouvernement belge

Bruxelles-Liége, 1-7 août 1910

Alcoolisme et Criminalité

RAPPORT

PRÉSENTÉ PAR MM. LES D[rs]

Aug. LEY
Médecin en chef du Sanatorium
du Fort-Jaco (Uccle)

René CHARPENTIER
Chef de clinique des Maladies mentales
à la Faculté de Paris



BRUXELLES
ETABLISSEMENTS D'IMPRIMERIE L. SEVEREYNS
34, RUE BOTANIQUE, 34
1910

AVANT-PROPOS

L'influence de l'alcool sur la criminalité est actuellement admise par tous. On pourrait s'étonner de voir figurer cette question à l'ordre du jour du Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, si ce n'était une tendance de l'esprit moderne, de soumettre à la discussion et à la critique les notions qui semblent le plus solidement établies.

D'ailleurs, s'il est vrai que l'influence de l'alcoolisme sur la criminalité et sur d'autres modalités de la pathologie sociale est reconnue par tous, les mesures de prophylaxie antialcooliques sont bien insuffisantes. Il est encore trop d'Etats civilisés qui équilibrent leur budget au moyen de taxes sur l'alcool et croient avoir intérêt à ne pas tarir une source de revenus considérables.

Nous comprendrons ici, sous le titre « Alcoolisme et criminalité », l'étude des rapports de l'alcoolisme, quelle que soit la boisson alcoolique qui lui ait donné naissance, avec les infractions en général, définies comme suit par l'article 1er du code pénal :

L'infraction que les lois punissent de peines de police est une contravention.
L'infraction que les lois punissent de peines correctionnelles est un délit.
L'infraction que les lois punissent d'une peine afflictive et infamante est un crime.

I

SOCIOLOGIE

CHAPITRE I

Travaux et statistiques concernant l'influence de l'alcoolisme sur la criminalité

L'examen des nombreux travaux qui traitent des rapports de l'alcoolisme avec la criminalité montre combien les auteurs sont d'accord sur cette importante question. Tous reconnaissent à l'alcool une influence criminogène manifeste.

Baer (1) dans un travail ancien déjà, et écrit à une époque où bien des préjugés régnaient encore concernant la valeur tonique, fortifiante et même alimentaire de l'alcool, a bien démontré la part importante que prend ce toxique dans la criminalité en général. Médecin de la prison de Ploetzensee, il a examiné 3,227 prisonniers et en a trouvé 1,174, soit 36.5 %, qui étaient buveurs. De ces 1,174, 999, soit 84.2 %, étaient des buveurs d'occasion, les 175 autres, soit 15.9 %, des buveurs d'habitude.

La classification des délits observés est la suivante :

	Total	Buveurs d'occasion	Buveurs d'abitude	Pourcentage général
Coups et blessures............	357	180 (51.3)	11 (3.1)	54.4
Résistance à l'autorité......	429	300 (70.1)	22 (5.1)	75.2
Troubles à la paix domestique	217	120 (55.2)	3 (1.3)	56.5
Dégâts à la propriété.........	78	43 (55.1)	4 (5.1)	60.2
Attentats à la pudeur.........	44	29 (66)	4 (9)	75
Vols	1467	243 (16.5)	90 (6)	21.5
Détournements	260	49 (18.8)	11 (4.2)	23

(1) BAER. Der Alkoholismus, seine Verbreitung und seine Wirkung. Berlin, Hirschwald. 1878.
Voir aussi : BAER UND LAQUER. Die Trunksucht und ihre Abwehr. Berlin-Wien, 1907.

On peut faire remarquer avec Aschaffenburg (1) qu'entre le buveur d'occasion et le buveur d'habitude il n'existe qu'une différence bien spécieuse et difficile à établir. Les « occasions » sont tellement fréquentes à qui s'y laisse aller, que l' « habitude » survient bien vite.

Dans la classification des délits alcooliques, on constate une très grande proportion de délits et crimes brutaux; ce fait est signalé par la plupart des auteurs.

Le Prof. Masoin constate que dans la genèse du crime, l'alcoolisme chronique est un facteur plus important que l'ivresse passagère; dans une statistique portant sur les condamnés de la prison de Louvain (Belgique), dont il est le médecin, il rapporte les chiffres suivants qui portent sur les années 1874 à 1895 :

Nombre de condamnés	Ivres au moment du crime	Sans renseignements	Ivrognerie habituelle	Sans renseignements
2826	344 (11.4 p. c.)	781	1157 (44.7 p. c.)	238

Ces condamnés sont tous des criminels ayant mérité un minimum de cinq années d'emprisonnement. Il ne s'agit donc pas de délits vulgaires.

Dans ce groupe, Masoin montre que plus on s'adresse à des crimes graves, plus on trouve d'alcooliques parmi leurs auteurs. Les condamnés à mort fournissent à la statistique un nombre plus considérable d'alcooliques que les condamnés aux travaux forcés à perpétuité, et ceux -ci sont plus fréquemment alcooliques que les criminels pris en général.

On trouve l'*ivresse passagère* :

a) Pour la masse des criminels de la prison de Louvain : dans 11.4 %;

b) Pour les condamnés aux travaux forcés à perpétuité : dans 40.7 %;

c) Pour les condamnés à mort : dans 43.1 %.

On trouve signalée l'*ivrognerie* :

a) Pour la masse, dans 44.7 % des cas;

b) Pour les condamnés aux travaux forcés : 54.6 %;

c) Pour les condamnés à mort : 60 %.

Et Masoin conclut : 1° l'alcool joue un rôle considérable dans la perpétration des crimes; 2° ce rôle prend une importance croissante

---

(1) Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg, 1906, 2e Auflage.
(2) Alcoolisme et criminalité. Académie de Médecine de Belgique, 27 juin 1896.

au fur et à mesure qu'on marche vers les hauteurs de la criminalité; 3° ce n'est pas tant l'ivresse passagère qui paraît redoutable, c'est l'intoxication chronique, c'est l'influence persistante d'abus alcooliques invétérés qui s'accuse avec une netteté redoutable dans la genèse du crime.

Marthaler (1) participa en 1891 à l'organisation en Suisse d'une enquête qui donna les résultats suivants :

Sur 2,201 sujets (1,816 hommes et 385 femmes), on en trouva 880 dont on pouvait dire que l'alcool avait été la cause directe du crime et qui, à jeûn, n'auraient point été inculpés.

Donc, 40 % de délits dus directement à l'alcool, 42 % chez les hommes seuls (762 sur 1816).

En 1892, on trouvait 34 % des crimes directement dus à l'alcool (1,056 cas sur 3,142 prisonniers).

La même année, on trouvait dans un canton suisse (Berne), 590 personnes en prison, dont 199, soit 33.7 % avaient été amenées à la criminalité sous l'influence directe de l'alcool.

Geill (2), en Danemark, cité par Aschaffenburg, trouve que parmi les condamnés pour vol, 14.61 % sont ivres au moment du fait et que parmi les condamnés pour coups et blessures, 64.81 % sont ivres au moment où le crime a été commis.

Rettich (3), parlant des nombreux crimes contre les personnes, qui s'observent dans le Würtemberg : batailles, coups et blessures, montre qu'ils donnent une idée des mœurs et coutumes du pays et insiste aussi sur leur caractère très *accidentel*. Les condamnations pour ces crimes n'atteignent pas seulement, en effet, les alcooliques chroniques; les statistiques des années 1899, 1900 et 1901 montrent que les trois cinquièmes des condamnés le sont pour la première fois : ce sont des individus qui ont eu une ivresse passagère le dimanche.

L'égalité des chiffres pour les trois années : 1899, 60.4 % ; 1900 59.8 % ; 1901, 59.3 %, sur environ 100.000 condamnations, est un appui très sérieux à la thèse de Rettich (Aschaffenburg).

Il ne s'agit pas seulement dans ces cas de l'ivrogne chronique, l'être taré qui n'est plus qu'une nuisance sociale, il s'agit de la déviation

---

(1) Zur Alkoholfrage (von Stump und Willenegger, Zurich).
Bericht über den V° internazionalen Kongress zur Bekämpfung der Missbrauchs geistiger Getränke (Basel 1895).

(2) Alkohol und Verbrechen in Dänemarck (Der Alkoholismus, 1904, p. 213).

(3) Die Würtdembergische Kriminalität (*Würt. Jahrb. für Krimin. u. Landeskunde*, Jahrg. 1899, I, s. 409).

occasionnelle vers la criminalité, du travailleur, de l'employé, de l'étudiant, sous l'influence d'un poison qu'on trouve en vente sous des couleurs alléchantes à tous les coins de rue.

Paul Garnier (1) a indiqué la possibilité de l'impulsion criminelle après une débauche accidentelle.

Dupétiaux a signalé en Belgique que l'alcoolisme a une influence sur les quatre cinquièmes des crimes. En 1849, 27 % des détenus belges sont des ivrognes. En 1860, 21.7 %.

Le même auteur a montré que la criminalité a augmenté en Belgique parallèlement à la consommation de l'alcool, considérable entre 1868 et 1882. Elle passe de 7 à 9 litres par tête d'habitant et la criminalité augmente pendant cete période de 19 à 28.77 % de la population.

Thiry (2), professeur de droit pénal à Liége, signale en septembre 1895 que dans ses statistiques personnelles, 45.2 % des criminels étaient ivres au moment du crime ; 19.6 % étaient des buveurs d'habitude.

Lord Coleridge signalait déjà en 1877 qu'en Angleterre, les crimes de coups et blessures survenaient en général dans les cabarets (Hoppe).

Le même auteur signale en 1872 dans les villes anglaises suivantes la grande proportion de gens ivres au moment de leur arrestation : Edimbourg, 58.3 % des hommes; 41.3 % des femmes; 34.4 % seulement semblaient ou étaient à jeun d'alcool; à Manchester, 64.8 Edimbourg, 58.3 % des hommes et 41.3 % des femmes; 34.4. %

En Irlande, en 1877, 60 à 90 % des crimes sont attribués à l'influence prépondérante de l'alcool.

En Amérique, de 1872 à 1874, diverses enquêtes révèlent des crimes alcooliques plus nombreux qu'en Angleterre : 80 % dans l'Etat de New-York (Harris), 66 % dans le Massachusetts (Wadlin).

En *France*, Marambat a signalé au Congrès pénitentiaire de Bruxelles (1900), que sur 5,322 individus examinés, 66.4 % étaient des ivrognes. Ce sont les condamnés pour crimes contre les personnes qui donnent la plus forte proportion d'ivrognes (82 %). Parmi les récidivistes, il signale 75.8 % d'ivrognes.

En *Italie*, Marro a signalé que 60 % des crimes pour coups et rébellion étaient dus à l'alcool.

On trouvera dans les livres de Hoppe (3) et de Matti Helenius (4)

---

(1) *La Folie à Paris*, 1890.

(2) *L'Alcool à la prison de Liége*, 1897.

(3) *Die Thatsachen über den Alkohol*. Berlin, Calvary, 1901.

(4) *Die Alkoholfrage*. Iena, Fischer, 1903.

une documentation des plus abondante sur ces données statistiques, dont la plupart sont devenues classiques.

Legrain (1) cite les statistiques les plus importantes des divers pays concernant l'influence de l'alcool. Toutes sont concordantes et attribuent une part considérable à l'alcool dans la genèse du crime.

Ferri (2), dans une étude sur la criminalité en France, qui a été reproduite par la plupart des auteurs (Lombroso, Hoppe), a montré le parallèlisme entre la criminalité et la consommation du vin et de l'alcool; pendant les années de récolte abondante (1850, 1858, 1965, 1869, 1875), les crimes ont augmenté; ils ont diminué lorsque la récolte fut décroissante (1851, 1853, 1854, 1866, 1867, 1873). En 1870, année de la guerre, en 1876 et en 1860-1861, quelques discordances à ce parallélisme sont toutefois signalées.

Lombroso (3) s'élève à ce propos contre la tendance qu'on eût à une certaine époque, de vouloir remplacer, en vue d'une prophylaxie du crime, l'alcool distillé par le vin. Les pays à vin, comme le canton de Vaud en Suisse (Forel), connaissent aussi bien que les pays à bière ou à cidre, la criminalité alcoolique. Il est bien difficile d'ailleurs d'établir la part prise exactement par les diverses espèces de boissons alcooliques dans la production des réactions anti-sociales. Rares sont les consommateurs qui n'usent que d'une forme de boisson toxique; la plupart prennent et des boissons distillées et des boissons fermentées.

Les boissons fermentées seules ont été signalées d'ailleurs, par Kraepelin et Forel entre autres, comme étant parfaitement capables de donner les symptômes classiques de l'alcoolisme chronique. Nous avons eu l'occasion d'observer en Bavière le délirium tremens chez des buveurs de bière et, en Belgique, van Lippeloo (4) a rapporté les scènes sauvages et bestiales et les réactions criminelles provoquées par l'absorption des bières lors des kermesses de village en pays flamand. Joly (5) signale des faits analogues.

Morel (6) a montré, dans une étude objective sur les criminels récidivistes, combien le facteur alcool est important dans la production de cette criminalité spéciale. Il rattache le récidiviste, et ses documents sont probants à ce sujet, au groupe des insuffisants mentaux et des dégénérés.

---

(1) Élément de médecine mentale appliqués à l'étude du droit. Paris, Rousseau 1906.

(2) I nuovi orrizzonti et sostitutivi penali Torino 1880.

(3) Le crime, causes et remèdes. Paris 1899. Il vino. Torino. Loescher 1880.

(4) Congrès national belge contre l'alcoolisme. Liége 1905.

(5) JOLY. *La Belgique criminelle* (page 199). Paris, 1907.

(6) Premier congrès belge contre l'alcoolisme. Liège 1905, page 94. Voir aussi : Prophylaxie et traitement du criminel récidiviste. (*Journal de Neurologie*, 20 *juin* 1906).

Raoul Leroy (1) nous fournit une contribution très importante à l'alcoolisme régional. Il nous montre en Bretagne et en Normandie la dégénérescence, l'aliénation mentale et la criminalité en rapport direct avec l'augmentation de l'alcoolisme.

Oehlert (2) a donné une étude de la criminalité dans une région vinicole de l'Allemagne (bords du Rhin) et a cru trouver que le vin ne produit pas autant que les autres boissons alcooliques, la criminalité. L'auteur est fortement critiqué par Kötschen (Jahresber. f. Neurol. u. Psych. 1906) qui lui reproche d'avoir mal délimité sa région « vinicole ». Il semble difficile, à part quelques cas individuels, de trouver une région où l'alcoolisme s'exerce exclusivement au moyen d'une boisson déterminée; dans les pays à vin, on fabrique et boit l'eau de vie, dans les pays à bière, on consomme le genièvre.

Bournet (3) a montré la relation qui existe entre l'alcoolisme et les viols et attentats à la pudeur sur les enfants. Les régions de la France qui viennent en première ligne pour les condamnations pour ivresse publique, viennent aussi au premier rang pour ces crimes. Cette relation est également, d'après Bournet, très visible en Italie.

Chonnaux-Dubinon (4) a signalé l'augmentation de la criminalité, spécialement des coups et blessures et des attentats à la pudeur, parallèlement à l'augmentation de l'alcoolisme en Normandie.

Cette spécificité de l'alcool pour produire des crimes brutaux et bestiaux a été signalée par un grand nombre d'auteurs parmi lesquels Baer et Lombroso.

X. Francotte (5) insiste également, d'après de nombreux travaux, sur la fréquence des crimes alcooliques contre les mœurs.

Forel (6) a montré dans plusieurs cas cliniques, l'influence que peut avoir l'alcoolisme sur les perversions sexuelles.

Sullivan (7) considère l'alcoolisme comme un facteur très important

---

(1) Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Bretagne. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale, Février* 1900). Contribution à l'étude de l'alcoolisme en Normandie. Paris C. Naud 1907.

(2) Der Wein und die Kriminalität. *Monatsch. f. krimin. Psychol. u. Strafsrechtsreform.* Jahrg II, n° 11-12, p. 705.

(3) *De la Criminalité en France et en Italie.* Paris, Baillère, 1884.

(4) *L'Alcoolisme en Normandie,* Thèse de Paris, 1896.

(5) *L'Anthropologie criminelle.* Baillère, 1891.

(6) Die Rolle des Alkohols bei sexuellen Perversionen (*Deutsch. Med. Wochenschr.* 1894, n° 52).

(7) Congrès pénitentiaire de Bruxelles 1900, vol. IV, p. 141.

Voir aussi dans le même Congrès (vol. IV, pp. 11 à 157) : les travaux de Baker, Dalhoff, Fekete, de Nagyivang, Garnier, Malgat, Marambat, Schaffroth, Sullivan, Wieselgren.

pour l'homicide et le suicide. Il lui accorde une importance moindre dans les crimes sexuels (statistiques anglaises) et constate que si le viol d'une adulte est lié à une intoxication aiguë, le viol d'enfant se rencontre au contraire chez les alcoolisés chroniques.

Kraepelin (1) et Lichtenberg (2) ont montré combien est importante la criminalité des alcooliques. Ce dernier cite, entre autres, que sur 524 alcooliques soignés à la clinique de Kraepelin, 265, donc plus de la moitié, avaient été condamnés.

Parmi ceux-ci, 34 l'avaient été une fois; 29, 2 fois; 30, 3 fois; 19, 4 fois; 10, 5 fois; 15, 6 fois; 12, 7 fois; 11, 8 fois; 12, 9 fois; 11, 10 fois; 6, 11 fois; 8, 12 fois; 5, 13 fois; 7, 14 fois; 4, 15 fois; 4, 16 et 4, 21 fois; 2, 17 fois; 2, 18 fois; 2, 19 fois; 2, 24 fois; 2, 29 fois; 2, 30 fois; 2, 36 fois; 2, 40 fois; 3, 22 fois; 3, 26 fois; 3, 28 fois; 3, 48 fois et un, chaque nombre de fois suivants : 20, 23, 25, 31, 34, 38, 39, 42, 45, 50, 54, 62, 66, 79, 91.

Chaque malade avait eu en moyenne onze condamnations.

Beaucoup de ces données statistiques sont passées dans le domaine classique et la concordance entre les criminologistes au sujet de l'influence de l'alcool est à peu près parfaite.

On peut faire remarquer toutefois que l'alcoolisme, à des degrés plus ou moins profonds ,est si répandu à notre époque que, le recherchant chez les criminels on a toujours beaucoup de chance de le trouver. On le trouverait aussi chez bien des gens qui passent pour absolument normaux.

Lorsqu'on songe aussi à la complexité du phénomène de la criminalité et à la difficulté qu'il y a de faire le départ exact entre l'influence héréditaire, l'influence du milieu social, de la misère, de la vie oisive, des suggestions mauvaises, et l'*alcoolisme*, on comprend que certains esprits critiques soient restés quelque peu sceptiques devant l'accumulation de faits pourtant considérable, de la statistique et de la clinique criminelles.

Grotjahn (3) entre autres, fait observer que les criminels d'habitude sont en général des buveurs et qu'ils trompent par ce fait l'observateur superficiel qui met tout entier sur le compte de l'alcoolisme, les crimes commis par le criminel buveur.

Tout en admettant que l'alcool peut être par lui-même un facteur

---

(1) *Der Alkoholismus in München* (mit Vocke und Lichtenberg). München, Lehmann, 1907.

(2) *Jahresbericht über die Kgl. Psych. Klin. in München für 1904 und 1905*. München, Lehmann, 1907 (S. 34).

(3) *Der Alkoholismus*. Leipzig, 1898.

de criminalité important, Grotjahn remarque que l'ivrognerie peut, chez certains criminels, n'être qu'un phénomène accessoire. A cause du milieu où il vit, le criminel aurait plus de chance de devenir alcoolique, que n'en a l'alcoolique de devenir criminel rien qu'à cause de l'alcool.

Hallager (1) critique aussi l'abus fait des statistiques dans l'agitation antialcoolique et déclare que tous les crimes commis par les alcooliques, de même que toutes les maladies qui atteignent les alcooliques ne sont pas causées par l'alcool ; dans beaucoup de cas, dit-il, l'alcoolisme et le crime ne sont pas en relation de causalité, mais sont des phénomènes parallèles.

Des faits plus précis, permettant d'isoler mieux le facteur alcool sont nécessaires pour établir plus solidement l'influence de ce toxique dans la genèse du crime. Celle-ci nous semble plus nette dans les faits suivants :

Le juge Otto Lang (2), de Zurich, a montré en 1901 que la criminalité par coups et blessures est fortement influencée par l'alcool. Les jours de la semaine où l'on boit beaucoup sont les jours où cette criminalité se montre le plus forte : sur 141 condamnations il a trouvé que l'acte avait été commis : le samedi, 18 fois; le dimanche, 60; le lundi, 22; le mardi, 13; le mercredi, 11; le jeudi, 10; le vendredi, 7.

v. Koblinsky (3), a trouvé des résultats analogues en 1894, à Dusseldorf. Sur 380 criminels (rébellion, faux monnayage, assassinat, coups et blessures, vol, etc.) 128 ont été commis sans que l'influence directe de l'alcool put être relevée et 252 nettement sous l'influence de l'alcool. Le tableau ci-après donne la répartition des crimes suivant les jours de la semaine (page 15).

Le D[r] Mathei (Dantzig) a signalé que sur 207 cas de coups et blessures observés pendant une période de six mois, 27.5 % se sont produits le dimanche; 18.6 % le samedi; 16.4 % le lundi, soit 62.8 % pour ces trois jours, les 37.2 restants étant répartis sur les autres jours de la semaine.

Lombroso a signalé que sur 2,178 crimes, 58 % avaient été commis le dimanche soir (Legrain).

---

(1) Ueber Alkohol als Ursache zu Verbrechen und Geisteskrankh. (cité par Kirstein in *Virchow's Jahresbericht*, 1905, Bd. 1, Abth. III, s. 715).

(2) Alkoholgenuss und Verbrechen. Basel 1891.

(3) Alkoholismus und Verbrechen. Basel 1895. V Intern. Kongr. zur Bekämpf. des Missbrauchs geistig. Getränke.

Délits	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Total
	Ont été commis Sans influence de l'alcool							
Résistance à la police	1	—	1	—	—	—	1	3
Fabrication de fausse monnaie	—	—	—	—	—	—	1	1
Attentats à la pudeur	1	2	2	1	2	1	2	11
Proxénétisme	—	—	1	—	—	—	1	2
Meurtre	—	—	—	—	—	—	—	—
Coups et blessures	21	6	5	3	2	3	7	47
Vol	6	6	3	3	7	6	9	40
Rixes	2	2	2	—	1	—	3	10
Brigandage et violence	—	—	—	—	1	—	3	4
Recel	—	—	1	—	1	1	—	3
Faux témoignages	1	—	—	1	1	—	2	5
Dégâts aux propriétés	1	1	—	—	—	—	—	2
Incendie	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	33	17	15	8	15	11	29	128
	Sous l'influence de l'alcool							
Résistance à la police	5	5	—	1	—	1	1	13
Fabrication de fausse monnaie	—	—	—	—	—	—	—	—
Attentats à la pudeur	4	3	2	1	—	—	2	12
Proxénétisme	1	—	—	—	—	—	—	1
Meurtre	1	—	—	—	—	—	—	1
Coups et blessures	100	26	4	6	3	1	18	158
Vol	14	9	5	3	2	4	11	48
Rixes	3	1	2	—	—	—	—	6
Brigandage et violence	1	—	—	—	—	—	—	1
Recel	—	—	—	—	—	—	—	—
Faux témoignages	1	1	—	—	—	—	1	3
Dégâts aux propriétés	2	5	—	1	—	—	—	8
Incendie —	1	—	—	—	—	—	—	1
Total	132	51	13	12	5	6	33	252

Aschaffenburg (1) cite, outre les faits précédents, une statistique faite sur sa demande à Worms; celle-ci s'étend sur une période de quatre années, du 8 novembre 1896 au 7 novembre 1900. Les coups et blessures se répartissent comme suit : lundi, 125; mardi, 69; mercredi, 62; jeudi, 62; vendredi, 48; samedi, 103; dimanche, 254.

Le même auteur signale la statistique de Kürz, à Heidelberg qui a rassemblé en dix mois 261 cas de coups et blessures dont 124 ont été donnés le dimanche, 54 le lundi et 20 le samedi, les 63 autres se répartissant sur les autres jours de la semaine. Mais, de ceux-ci, 16 s'étaient produits encore à des jours fériés qui tombaient dans la semaine (fêtes religieuses, consécration d'église, etc.). La part des jours ouvrables réels n'est donc que de 34.

Cent quatre-vingt-seize fois, les coups et blessures ont été portés après six heures du soir et dans la nuit, le même nombre de fois le fait s'est passé au cabaret ou immédiatement après la sortie du cabaret; 33 fois seulement il s'est produit au chantier de travail, les autres fois en un lieu inconnu ou à la maison.

Kürz (2) cité encore par Aschaffenburg, dont le livre est une mine de documents très précieux et d'une précision remarquable, expose la répartition de 1,115 cas de délits brutaux (coups et blessures) commis en 1900, 1902, 1903 et 1904, dans son district de Heidelberg. Il les a répartis : 1° suivant les jours de la semaine; 2° suivant le lieu où le crime a été commis.

Les tableaux suivants indiquent ces deux répartitions :

TEMPS

Jours de la semaine	1900	1902	1903	1904	Total	Pourcentage
Dimanche	123	144	123	112	502	45.0 %
Lundi	56	42	39	45	182	16.3 %
Mardi	26	23	20	26	95	8.5 %
Mercredi	10	17	22	18	67	6.0 %
Jeudi	7	17	18	20	62	5.6 %
Vendredi	19	26	18	19	82	7.3 %
Samedi	18	21	34	21	94	8.4 %
Inconnu	1	—	12	18	31	2.9 %
Jours fériés	35	46	22	23	126	11.2 %
Total	260	290	286	279	1115	100.0 %

(1) Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg 1906.

(2) Zur Prophylaxe der Roheitsdelikte. *Monatsch. f. krimin. Psychologie*, II, p. 27.

LIEU

	1900	1902	1903	1904	Total	Pourcentage
Cabaret	159	210	174	163	742	66.5 %
Habitation	9	23	36	18	86	7.7 %
Rue	9	25	35	29	98	8.8 %
Atelier	33	22	20	12	87	7.8 %
Inconnu	14	10	21	57	102	9.2 %
Total	260	290	286	179	115	100.0

On a fait à ces données si intéressantes l'objection suivante : la vraie cause de l'augmentation de la criminalité est le chômage qui multiplie les rapprochements et facilite des discussions qui se terminent par des voies de fait.

Le Dr Hercod dans l'excellent petit annuaire qu'il publie (1), répond immédiatement en fournissant les chiffres des arrestations pour ivresse, et délits en connexion avec l'ivresse, dans les pays qui ferment leurs débits le dimanche : en Norwège on trouve les chiffres d'arrestations suivants (les débits sont fermés du samedi soir au lundi matin) :

	Christiania	Bergen	Drontheim	Stavanger	Sarpsborg
Dimanche ......%	5.28	3.79	2.79	6.41	0.76
Lundi	19.53	16.78	19.78	20.63	18.96
Mardi	16.36	15.76	13.44	14.88	11.18
Mercredi	14.10	14.78	16.69	13.52	13.25
Jeudi	12.78	12.92	14.85	13.38	10.79
Vendredi	15.70	16.19	15.92	13.38	15.57
Samedi	16.22	19.75	16.50	17.76	29.45
Total	99.97	99.97	99.97	99.97	99.97

Il existe aussi en Angleterre une association qui exerce une propagande intense en faveur de la fermeture des cabarets le dimanche (Central Sunday Closing Association). En Ecosse et en Irlande, on a vu les arrestations pour ivresse scandaleuse diminuer régulièrement avec le nombre d'heures d'ouverture des cabarets, et la criminalité

---

(1) *Annuaire antialcoolique 1910* (2e année), édité par le Secrétariat antialcoolique suisse (avenue Ed. Dapples, 24, à Lausanne).

du dimanche diminuer fortement depuis que la fermeture complète des débits d'alcool est obligatoire ce jour. [Helenius (1), Hoppe (2).]

Nous aurons encore l'occasion, dans le chapitre où nous traitons des *mesures sociales*, d'examiner l'influence des mesures restrictives et prohibitives sur la criminalité.

Une criminalité de nature nettement alcoolique est celle qu'on trouve chez les étudiants. Il a été fait pour les années 1893 et 1899, en Allemagne (Aschaffenburg), une statistique spéciale de cette criminalité.

Malgré les bonnes conditions sociales de ces jeunes gens, leur éducation morale soignée et le milieu favorable dans lequel ils ont vécu, on constate que leur criminalité est aussi sauvage et aussi brutale que celle de la classe ouvrière. C'est une « criminalité artificielle » (Aschaffenburg) d'origine purement toxique; elle comporte principalement les coups et blessures, la détérioration brutale des propriétés, la rébellion, etc.

Le tableau suivant donne des renseignements exacts sur les faits signalés.

	Criminalité des étudiants			
	Condamnations sur 10,000 étudiants		Condamn. sur 10,000 sujets majeurs	Condamnations sur 10,000 sujets de 21 à 25 ans (mâles)
	1893	1899	1899	1886-1895
Crimes et délits en général	83.3	80.6	123.6	332.7
Injures, calomnies	22.2	17.9	14.3	19.8
Blessures très dangereuses	15.0	9.4	24.5	95.8
Violences et rébellion	14.5	13.9	4.4	17.4
Détérioration de propriétés	9.3	10.5	4.9	17.0
Blessures peu graves	5.5	4.6	6.9	24.4
Violation de domicile	4.1	5.6	5.8	19.1
Vol simple (récidive comprise)	0.7	1.5	21.0	51.5
Abus de confiance (récidive comprise)	0.5	3.0	6.3	16.4

La criminalité des étudiants est donc très notable, surtout si on la compare à la criminalité générale.

Plus récemment encore, Boas (3) montre, d'après les plus récentes statistiques allemandes, que ce sont les ouvriers et les étudiants qui fournissent le plus de crimes alcooliques, principalement les coups et blessures et les attentats aux mœurs.

(1) Matti Helenius. *Loc. cit.*
(2) Hoppe. *Loc. cit.*
(3) Alkohol und verbrechen nach neueren Statistiken (*Arch. f. Krimin. Anthropol.*, Bd. 29, H. 1, p. 66, 1908).

CHAPITRE II

L'influence psychique de l'alcool et la criminalité

C'est Schmiedeberg (1) et Bunge (2) qui les premiers émirent l'opinion que l'influence de l'alcool est surtout *paralysante* et que les phénomènes d'excitation qu'il semble produire sont très passagers et aboutissent vite à une dépression. Cette influence apparemment excitante est souvent le produit d'une paralysie de certains centres *inhibiteurs*.

Il a été démontré expérimentalement, en clinique et en sociologie, que le dynamisme organique et le rendement physiologique sont diminués par l'ingestion de boissons alcooliques.

Cliniquement, l'influence perturbatrice de l'alcool sur la conscience et le jugement est clairement établie. A petites doses déjà, on peut observer chez de nombreux individus, au début d'un banquet, par exemple, combien le contrôle personnel et le pouvoir d'inhibition morale sont altérés. La tendance érotique est fréquente, les réactions sont plus vives, l'animation est exagérée. Nous trouvons dans cet état d'intoxication légère, dans ces troubles à forme atténuée, la clef du mécanisme de l'action de l'alcool sur les centres nerveux et l'explication des réactions brutales et sensuelles de l'alcoolique.

L'action de l'alcool sur les centres psychiques a été bien étudiée par l'école psychologique de Kraepelin (3) et il est possible de tirer

---

(1) SCHMIEDEBERG. *Grundriss der Arzneimittellehre*. Leipzig, 1888.

(2) BUNGE. *Lehrbuch der Physiologischen und Pathologischen Chemie*. Leipzig, 1889.

(3) KRAEPELIN. Beeinflüssung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimitteln. Fisher, Iena, 1902.

ASCHAFFENBURG. Praktische Arbeit unter Alkoholwirkung. (Kraepelin's Psychol. Arbeiten Bd. I.)

ACH. Ueber die Beeinflüssung der Auffassungsfähigkeit durch einige Arzneimitteln. (*Ibid.* Bd. III, s. 203.)

KÜRZ UND KRAEPELIN. Ueber die Beeinflüssung psychischer Vorgänge durch regelmässigen Alkoholgenuss. (*Ibid.* Bd. III, p. 417.)

MARTIN MAYER. Ueber dio Beeinfl. der Schrift durch den Alkohol. (*Ibid.* Bd. III, s. 535.)

OSERETZKOWSKY U. KRAEPELIN. Ueber die Beeinfl. der Muskelleist. durch verschiedene Arbeitsbedingungen. (*Ibid.* Bd. III, p. 587.)

RÜDIN. Ueber die Dauer der psychischen Alkoholwirkung. (*Ibid.* IV, p. 1.) Auffassung u. Merkfähigkeit unter Alkoholwirk. (*Ibid.* IV. p. 495.)

SMITH. Die Alkoholfrage. Tübingen, 1895.

FÜRER. Ueber die Beeinfl. psych. Vorgänge durch die akute Alk. intox. (Bericht über den internationalen Kongress zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs. Basel, 1894, S. 369.)

de cette étude des conclusions importantes au point de vue de l'influence criminogène des boissons alcooliques.

Que nous démontrent en effet les expériences psychologiques précises ? Déjà des doses, incapables de produire l'ivresse, et allant de un demi-litre à un litre de bière, donnent un diminution évidente du rendement intellectuel; la mémoire est plus lente, l'activité psychique diminue, par exemple la facilité d'addition de nombres simples; il se produit des erreurs dans la compréhension des mots servant de réactif. Cet état éclaire la mentalité du buveur qui manifeste une diminution de l'attention et de la perception et qui, fréquemment, se trompe sur la signification des mots et des gestes de son entourage (Aschaffenburg).

Laissant de côté les expériences concernant les associations d'idées dont les conclusions entrent moins directement dans notre sujet et dont on trouvera une analyse dans le travail de Deboeck (1), nous nous occuperons de l'influence de l'alcool sur les *réactions* psychiques

Déjà de très petites doses d'alcool *abrègent* le temps de réaction et produisent même le phénomène connu sous le nom de réaction anticipée. Dans l'épreuve des temps de choix, il se produit aussi des réactions fautives nombreuses. Il y a donc, en même temps que le trouble des centres intellectuels proprement dits, démontré par les expériences précédentes une tendance à la *réaction motrice* rapide, une excitabilité spéciale au déclanchement du mouvement, se produisant sous l'influence bien nette de la paralysie des centres psychiques inhibiteurs. Dans l'épreuve des réactions de choix, la diminution de l'action psychique, comme facteur de la réaction fautive au anticipée, est surtout très nette.

Ces expériences confirment l'observation clinique qui nous montre l'alcoolique habituel ou accidentel, obscurci, interprétant faussement ses sensations visuelles et auditives, et réagissant trop vite, trop violemment, sans avoir contrôlé ni jugé.

« La facilité des réactions motrices est la cause de tous ces actes désordonnés et sans but, des impulsions et des violences qui ont donné à l'alcool sa vieille réputation, non seulement dans l'histoire des détraqués et des impulsifs, mais surtout dans les annales des crimes passionnels. »(Kraepelin.)

---

(1) De l'influence des boissons alcooliques sur le travail psychique. (Congr. intern. antialc. de Bruxelles, 1897) Vol. I, page 148.

CHAPITRE III

La descendance des alcooliques

Si, dans l'étiologie du crime, nous pouvons facilement reconnaître et dépister l'influence directe de l'alcool, le problème devient plus difficile lorsque nous cherchons à étudier l'influence que peut avoir l'alcoolisme sur les manifestations criminelles de la descendance.

L'hérédité alcoolique a été étudiée par de nombreux auteurs : Morel, Lunier, Lancereaux, Garnier, Motet, Legrain, en France; Normann Kerr, en Angleterre; Baer, en Allemagne; Forel, Ladame, Demme, en Suisse; Barella, Desguin, Peeters, de Vaucleroy, en Belgique.

Ce vaste problème de l'influence de l'hérédité alcoolique sur la criminalité est évidemment très complexe. Il est bon de rappeler ici quelques enquêtes précises au sujet de l'hérédité alcoolique et aussi quelques faits expérimentaux intéressants :

B. A. Morel (1) signalait la criminalité à la troisième génération des alcooliques, l'individu criminel étant parfois sobre lui-même. D'autres enquêtes nombreuses ont prouvé que l'alcool n'attend pas toujours la troisième génération pour manifester ses effets criminogènes.

Demme (2), dans une enquête bien connue, a établi de façon frappante l'influence de l'alcool sur la descendance. Il a trouvé, chez dix familles de buveurs, 17.5 % seulement d'enfants anormaux, tandis qu'il en trouvait 81.9 % chez dix familles sobres. Voici d'ailleurs le tableau de Demme :

ENFANTS	Dans les 10 familles de buveurs avec 57 enfants		Dans les 10 familles sobres avec 61 enfants	
—	—		—	
Morts de faiblesse congénitale peu après leur naissance	12	25 = 43.8 %	3	5 = 8.2 %
Morts de convulsions ou de diarrhée infantile dans les premiers mois de leur existence	13		2	

---

(1) Traité des dégénérescences, Paris, 1857.

(2) Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Organismus des Kindes. (Stuttgart, 1891.)

Idiots	6 = 10.5 %	0
Mal conformés	5 = 8.7 %	2 = 3.3 %
Stature exceptionnellement petite (nains)	5 = 8.7 %	0
Crises d'épilepsie dans l'enfance	5 = 8.7 %	0
Danse de Saint-Guy	1 = 1.8 %	2 = 2.3 %
Développement intellectuel lent	0	2 = 3.3 %
Développement corporel normal	22 = 38.8 %	54 = 88.5 %
Développement corporel et intellectuel normal	10 = 17.5 %	50 = 81.9 %

Legrain (1) a examiné la descendance de 215 familles de buveurs, comportant 814 individus et s'étendant parfois jusqu'à la quatrième génération. 30 % sont buveurs, 50 % faibles d'esprit, 10 % criminels ou pervers, 20 % épileptiques, 22 % aliénés, 14 % faibles et tuberculeux.

Fonquernie (2), dans une fort belle étude de la descendance comparée des alcooliques et des syphilitiques, montre comme caractéristiques de la descendance alcoolique, la polynatalité avec polymortalité et les dégénérescences psychiques : impulsivité, convulsions, criminalité.

Il est impossible de parler de dégénérescence alcoolique sans citer les beaux travaux de von Bunge (3), qui a démontré, par des recherches portant sur 2,051 familles que des caractères de dégénérescence importants et certains : l'impuissance croissante des mères à allaiter leurs enfants, les caries dentaires multiples, les maladies nerveuses et mentales, la tuberculose, se rencontrent surtout dans les familles d'alcooliques. Ce qui fait la grande valeur du travail de Bunge, c'est qu'il ne s'est pas borné à examiner des familles où l'alcoolisme règne, mais qu'il s'est adressé à un matériel d'observation très varié, comprenant aussi des familles saines et permettant la comparaison : il a constaté que les caractères si typiques de dégénérescence cités plus haut sont en relation constante avec l'alcoolisme des ascendants. Certains de ces caractères, comme par exemple l'incapacité d'allaiter, passent fréquemment à la génération suivante.

Nous rappellerons aussi les travaux de Féré (4), Nicloux (5), Zie-

(1) *Dégénérescence sociale et alcoolisme.* Paris, 1908.

(2) Descendance comparée des alcooliques et des syphilitiques. (Thèse de Bordeaux, 1906.)

(3) BUNGE. *Alkoholvergiftung und Degeneration.* Leipzig, Barth, 1904.

ID. *Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen,* V aufl. München 1907 (Reinhardt).

(4) FÉRÉ. C. R. soc. biologie 1893-1894-95-96. *Journal de l'anat. et de la physiol.*, 1895.

(5) NICLOUX. Recherches expérimentales sur l'élimination de l'alcool dans l'organisme. Détermination d'un alcoolisme congénital. C. R. S. Biologie, 1900, juin.

gler(1), Fühner (2) et Laitinen (3). Le premier a montré l'influence dégénérative et tératogène de l'alcool sur l'embryon de poulet; le second a déterminé la présence en nature de l'alcool ingéré dans divers liquides organiques ,entre autres le sperme; Ziegler et Fühner ont montré l'influence perturbatrice de l'alcool sur l'œuf d'oursin. Laitinen, professeur de bactériologie à Helsingfors, dans des expériences prolongées et en employant des doses d'alcool très minimes, correspondant à la dose d'un litre et demi de bière pour un homme de 75 kilogrammes, a démontré que les animaux alcoolisés de la sorte (lapins et cobayes) donnent une mortalité supérieure et un développement organique moins normal que les animaux témoins non alcoolisés.

L'influence de l'alcoolisme sur l'étiologie de l'*insuffisance mentale*, cette forme importante et fréquente de la dégénérescence, est des plus nette et a été fréquemment signalée, entre autres par Bourneville (4), Bezzola (5), Kind (6), Demoor (7), Bailey (8), Trüper (9), Schmidt-Monnard (10), Ley (11), Meeus (12).

Or, de plus en plus, en étudiant les criminels, on s'est aperçu que beaucoup d'entre eux sont des insuffisants mentaux et moraux. La grande majorité de ces criminels manifestent les signes de l'*état dangereux* (Prins) (13) ; ce sont des défectueux. Les rapports de l'infério-

---

(1) PROF. ZIEGLER. Ueber die Einwirkung des Alkohols auf die Entwicklung der Seeigel. (*Biolog. Zentralblatt*, 1903, s. 448.)

(2) FÜHNER. Ueber die Einw. verschiedener Alk. auf die Entw. der Seeigel. (*Arch. f. Exper. Pathol. und Pharmak.*) Leipzig, 1903, Bd. LI.

(3) LAITINEN. Einfl. des Alkoh. auf die Empfindlichkeit des tierischen Körpers für Infektionsstoffe. Iena, Fisher, 1900.

ID. Congr. antialcool. internat. Stockholm, 1907.

(4) BOURNEVILLE. *Progrés Médical*, 1897, n° 2. Rech. clin. sur l'idiot et l'épileps., 1897, n° 205.

(5) BEZZOLA. Statistische Untersuch. über die Rolle des Alkohols bei der Entstehung des originären Schwachsinns. Internat. Kongr. gegen alkoholism. 1901 Wien.

(6) KIND. Allg. Zeitsch f. Psychiat. 1883, Bd 40.

(7) DEMOOR. *Journ. méd. de Bruxelles*, 12 janv. 1898. (Notes médico-pédagogiques ; l'alcoolisme et les enfants arriérés.)

(8) BAILEY. The etiology of arrested mental development (Philadelph. Med. journ. May 1891.)

(9) TRUPER. Kinderfehler 1899 : Der Alkohol als Hauptursache der Schwächen und Entartung unserer Kinder.

(10) SCHMIDT-MONNARD. Ursachen von Minderbegabung von Schulkinder. Zeitsch f: Schulgesundheitspflege 1900.

(11) LEY. L'arriération mentale. Bruxelles : Lebègue 1904.

(12) MEEUS. Congrès nation. belge contre l'alcoolisme. Liége 1905, p. 119.

(13) PRINS. *La défense sociale et les transformations du droit pénal.* Misch et Thron Bruxelles 1910 (Actualités sociales. Institut de sociologie Solvay).

rité mentale et de la criminalité ont été signalés par la plupart des criminologistes modernes : citons à ce propos les travaux suivants :

Aschaffenburg. Das Verbrechen und seine Bekämpfung, Heidelberg, 1903.

Behringer. Die Gefängnisschule. Ein Ueberblick über die geschichtliche Entwickelung, den heutigen Stand und die Bedeutung des Schul- und Bildungswesens in den Strafanstalten. Leipzig, C. L. Hirschfeld, 1901, 132 S. (Analyse in Zeits. für Psychol. und Physiol. des Sinnesorg., Band 28, Heft I, 1902, p. 63.)

Demoor. Les enfants anormaux et la criminologie. (*Revue de l'Université de Bruxelles*, t. VI, Viselé, Bruxelles.)

Dendy, Mary. Feebleness of mind, pauperism and crime. Publications of the Lancashire and Cheshire Society, 1904.

Féré. Dégénérescence et criminalité. Paris, 1888.

Fouillée. L'enfance criminelle. (*Revue des Deux-Mondes*, 1897, 15 juin.)

Grossmann. Wie wird ein Kind zum Verbrecher. (*Kinderfehler*, III, 1898, p. 130.)

Magnan et Taverni. L'enfance des criminels. (II[e] Congrès intern. d'anthropologie criminelle, Paris, 1889.)

Marschand. Kinder Verbrecherischer Eltern. Novosti, 27 II, 1897 (uebersetzt im *Zeitsch. für criminal Anthrop.*, p. 552).

Mönkemöller. Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter. (Samml. von Abhandl. Pädag. Psychol. und Pathol., 1903, Bd 6, Heft 6.)

Monroe. Ueber die Behandlung der Verbrecher. (*Kinderfehler*, III, 1898, p. 19.)

Morel, Jules. Die Notwendigkeit eines psychiatrischen Dienstes in den Gefängnissen und Besserungsanstalten. (*Kinderfehler*, 1896, I, p. 69.)

La prophylaxie et le traitement du criminel récidiviste, J.-H. De Bussy, Amsterdam, 1901. (Congrès anthropol. crimin., 1901.)

Dégénérescence de l'enfance. (Congrès nat. belge contre l'alcool., Liége, 1905.)

Morrisson. Der Muttermörder Coombes. (*Kinderfehler*, I, 1896, p. 12.)

Roux. Etudes sur l'enfant coupable. Paris, 1890.

Trüper. Psychopathische Minderwertigkeiten als Ursache von Gesetzesverletzungen Jugendlicher. (*Kinderfehler*, 1904.)

Il sera intéressant de consulter aussi à ce sujet le *Year-book*, du *Reformatory* de Elmira (N. Y. U. S. A.), les Papers in Penology

(Elmira N. Y.), les comptes rendus du Congrès international pour l'étude des questions relatives au patronage des détenus et à la protection des enfants moralement abandonnés (Anvers, 1890), et les « Blue Books » anglais, dont le dernier, fort important, a paru en 1908 (Wyman and Sons, Londres : *Report of the commission on the care and control of the Feeble Minded).*

Tout récemment encore, le professeur Sommer, de Giessen (1), montrait par l'examen objectif d'enfants d'une école d'arriérés, d'enfants d'une maison de correction et de jeunes criminels, que ces trois groupes se confondent parfaitement aux points de vue médical et psychologique. Il est très probable, dit-il, qu'en continuant l'analyse complète et objective des cas, la criminalité infantile apparaîtra de plus en plus comme un phénomène pathologique, tant chez l'individu que dans le corps social.

Il est donc bien certain que l'*alcoolisme*, en produisant l'insuffisance mentale et la dégénérescence des descendants, est encore un facteur important de criminalité. Son influence est ici immédiate; elle n'apparaît pas aussi brutale que l'influence directe de l'alcoolisme aigu ou chronique chez l'individu. Elle n'en est pas moins très réelle et profonde.

L'hérédo-alcoolisme a été signalé fréquemment chez les enfants des buveurs; René Charpentier (2) en a signalé un cas chez un enfant de 3 ans. Boulenger (3) a montré comment l'alcoolisme grave se développe chez l'enfant, fils d'alcooliques.

La difficulté, pour établir nettement l'influence de l'hérédo-alcoolisme, est d'éliminer le facteur éducation et imitation. Il est certain que les parents alcooliques donnent constamment à leur progéniture des exemples déplorables, que l'enfant s'habitue vite à considérer l'ivresse, les batailles et tous les corollaires d'immoralité de l'alcoolisme, comme choses presque normales, de même qu'il conçoit difficilement la vie sans l'alcool. Le fait de voir ses parents condamnés pour ivresse, coups, batailles, tapage ou autres délits fait disparaître chez lui la crainte de la prison. Beaucoup de nos enfants d'alcooliques, dans les écoles, parlent avec un calme parfait, et comme d'une chose toute naturelle, de leur mère ou de leur père em-

---

(1) SOMMER. Die Imbezillität von Klinischen und forensischen Standpunkt (Congrès intern. de méd. à Budapest. Sect. de psychiatrie, p. 49 du C. R.)

(2) Congrès de Nantes 1909, p. 329.

(3) Soc. belge de Neurologie, 25 janvier 1908.

prisonné. Le *milieu alcoolique* se montre ici désastreux pour la formation du sens éthique.

Il est fréquent aussi de voir les parents enseigner à leurs enfants l'usage de l'alcool. Il résulte d'enquêtes faites dans les écoles (Boulenger, Ley) qu'un grand nombre d'enfants vont au cabaret avec leurs parents et s'habituent au goût des boissons alcooliques, du genièvre par exemple.

II

CLINIQUE MÉDICO-LÉGALE

CHAPITRE PREMIER

Les délits et les crimes dus à l'alcoolisme

Les statistiques et les documents qui précèdent n'ont que trop prouvé combien étroits sont les rapports de l'alcoolisme et de la délinquance. Nous allons maintenant, à l'aide de faits et d'observations médicales, étudier différentes réactions médico-légales pour lesquelles, après expertise, un non-lieu pour alcoolisme a pu être prononcé. Nous ne pourrons, en effet, envisager logiquement les conséquences de la façon de procéder actuelle que lorsque nous aurons observé le mécanisme de production des actes incriminés. Il ne suffit pas qu'un acte donné soit dû à l'intoxication alcoolique pour que les conséquences de cet acte doivent nécessairement appeler la même sanction. Le meurtre, pour citer dès maintenant un exemple, peut être l'effet d'une ivresse involontaire, d'un accès d'alcoolisme subaigu; il peut être relié à l'idée de jalousie d'un alcoolique chronique; il peut aussi être en relation avec une intoxication alcoolique voulue, accomplie sciemment par un meurtrier qui, au dernier moment, veut étouffer le réveil de sentiments moraux. Dans tous ces cas l'intoxication alcoolique est démontrée, sa relation avec le crime est évidente et pourtant qui oserait soutenir que la même sanction s'impose ?

La clinique seule peut mettre en lumière ces divers aspects du problème. Elle seule aussi peut en indiquer la solution. Elle nous montre la genèse psychologique du crime ou du délit dans les différentes formes d'alcoolisme. Elle nous montre ce que deviennent les criminels alcooliques après la conclusion de l'affaire. Elle nous

montre enfin l'insuffisance manifeste des moyens de défense actuels contre les délinquants alcooliques. Nous plaçant dans la réalité clinique et pour ne tabler que sur des données certaines, nous ne basons les considérations qui vont suivre que sur des sujets, hommes ou femmes, (1) internés pour la plupart à l'Asile Saite-Anne pour alcoolisme à la suite d'un non-lieu. Tous les prévenus qui, dans le département de la Seine, bénéficient d'un non-lieu après expertise médico-légale, passent par le service de l'Asile-clinique (2). De là, ils sont répartis dans les divers services des Asiles de la Seine. On peut donc établir là, à la porte de sortie de la prison et à la porte d'entrée de l'asile, une statistique des divers délits et crimes dus à l'alcoolisme, chez les inculpés internés à la suite d'un non-lieu et chez les condamnés internés à l'asile pendant l'accomplissement de leur peine.

Cette statistique met en évidence la nature et le pourcentage de ces divers délits et crimes, ainsi que la proportion dans laquelle l'alcoolisme est une cause de non-lieu.

Cette statistique reste au dessous de la vérité. Nous ne parlons pas de la grande quantité de crimes alcooliques suivis de condamnation. Il faudrait compléter ce tableau, par une recherche, faite dans les prisons, des stigmates de l'alcoolisme chez les condamnés. On ajouterait ainsi à notre travail la partie qui lui manque et la totalisation donnerait le chiffre exact de la part qui revient à l'alcoolisme dans l'étiologie des délits et des crimes. On trouverait certainement minime la quantité de ceux-ci dans lesquels le toxique n'a pas joué un rôle prépondérant. Beaucoup de délits et de crimes, commis dans l'ivresse ou reconnaissant pour mobile une jalousie morbide d'alcoolique chronique, ne sont pas soumis à une expertise médicale.

Tous les inculpés devraient être l'objet d'une expertise. Ceci n'étant pas encore la règle, les juges confient plus volontiers aux experts les inculpés chez lesquels ils soupçonnent une autre tare que l'alcoolisme, considéré encore par certains plus comme un vice que comme une maladie.

D'autre part, les experts eux-mêmes, dans les cas d'alcoolisme, ont encore souvent tendance à conclure à la responsabilité atténuée, conclusion médicale dont l'équivalent judiciaire n'aboutit pas à l'envoi du malade à l'asile.

---

(1) Sur un total de 801 sujets observés, il y a 216 femmes, dont 64 alcooliques.

(2) A l'exception des malades riches dirigés, au gré de leur famille, de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police, vers une maison de santé privée.

Telle qu'elle est, notre statistique reste donc bien au dessous de la vérité en ce qui concerne la proportion des délits et crimes dus à l'alcool. Elle nous montre cependant le rôle capital de l'alcoolisme chez les criminels confiés à l'examen des experts et nous donne ce renseignement utile de la fréquence relative des divers délits et crimes de cette origine.

Cette statistique porte sur cinq années, de 1905 inclus à 1909 inclus. Pendant ce laps de temps sont entrés à l'asile-clinique 19,648 malades. Dans ce nombre, 801 internements consécutifs à un délit ou à un crime ont été décidés, soit comme le corollaire d'un non-lieu après expertise médico-légale, soit encore à cause de l'état mental du condamné pendant l'accomplissement de sa peine (1).

Un certain nombre de ces inculpés avaient à répondre à la justice de plusieurs délits. Il est des associations délictueuses, par exemple vagabondage, ivresse, rébellion et outrages, ou bien encore mendicité, vol, vagabondage et ivresse, etc., ce qui explique que le nombre de délits et de crimes soit supérieur au nombre de sujets : 885 délits ou crimes pour 801 sujets.

De ces délits, il en est qui, chez nos malades, ne sont jamais isolés, mais toujours associés à d'autres, véritables motifs de l'arrestation. Au nombre de ces délits associés, citons pour mémoire les délits d'ivresse, mendicité, port d'armes, infraction à arrêté d'expulsion, infraction à interdiction de séjour, infraction à la loi sur les étrangers, etc. Leur banalité, leur caractère secondaire fait que nous les négligeons ici, nous attachant à bien mettre en lumière les délits primitifs dus à l'alcoolisme et, pour chacun de ces délits, la proportion des cas dus à l'intoxication alcoolique par rapport aux autres causes morbides.

Pour chaque délit, nous indiquons non seulement le nombre de cas dus à l'alcool, mais encore si ces cas sont dus : 1° à l'alcoolisme chronique; 2° à une poussée aiguë ou subaiguë au cours de l'alcoolisme chronique; 3° à une association morbide dans laquelle l'alcool a apporté son facteur de brutalité et de criminalité.

Rangés par ordre de fréquence dans les 885 cas relevés, ces délits et ces crimes sont les suivants :

---

(1) Nous limitant expressément au sujet de ce rapport nous n'indiquons pas ici la proportion des causes morbides autres que l'alcoolisme. Cette statistique sera publiée *in extenso*.

1° *Vagabondage :* 341 cas, dont 135 alcooliques, soit 39.58 %.

Alcoolisme chronique	93
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu...	23
Alcoolisme + épilepsie	11
Alcoolisme + paralysie générale	5
Alcoolisme + délire de persécution......................	3
	135

2° *Vol :* 193 cas, dont 69 alcooliques, soit 35.75 %.

Alcoolisme chronique	48
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu...	15
Alcoolisme + épilepsie	4
Alcoolisme + paralysie générale	1
Alcoolisme + éthéromanie	1
	69

3° *Rébellion et outrages :* 57 cas, dont 41 alcooliques, soit 71.93 %.

Alcoolisme chronique	26
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu...	8
Alcoolisme + épilepsie	7
	41

A ajouter deux cas étiquetés outrages à des magistrats, dont un commis par un alcoolique chronique.

4° *Coups et blessures :* 52 cas, dont 29 alcooliques, soit 55.77 %.

Alcoolisme chronique	21
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu...	5
Alcoolisme + épilepsie	1
Alcoolisme + délire de persécution......................	2
	29

5° *Violences et voies de fait :* 41 cas, dont 19 alcooliques, soit 46.34 %.

Alcoolisme chronique	12
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu...	3
Alcoolisme + épilepsie	3
Alcoolisme + paralysie générale	1
	19

A ajouter un cas étiqueté violences et voies de fait au Président de la République et non commis par un alcoolique.

6° *Outrages publics à la pudeur et attentats aux mœurs* : 48 cas, dont 24 alcooliques, soit 50 %.

Alcoolisme chronique	16
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu...	3
Alcoolisme + épilepsie	4
Alcoolisme + paralysie générale	1
	24

7° *Homicide volontaire* : 40 cas, dont 11 alcooliques, soit 27.5 %.

Nous avons compris sous cette rubrique non seulement les cas d'homicide volontaire, mais toutes les tentatives d'homicide qui n'en diffèrent en rien au point de vue qui nous intéresse, puisque seul le résultat, mort ou non de la victime, établit cette distinction juridique.

Alcoolisme chronique	6
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu..	3
Alcoolisme chronique + ivresse	1
Alcoolisme + éthéromanie + héroïnomanie	1
	11

A ajouter un cas d'homicide par imprudence non commis par un alcoolique (1).

8° *Escroquerie, abus de confiance, filouterie, faux* : 28 cas, dont 9 alcooliques, soit 32.14 %.

Alcoolisme chronique	4
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu..	4
Alcoolisme + épilepsie	1
	9

(1) Indiquons ici que 15 sur 40 des homicides volontaires ou tentatives d'homicide sont dus à des délirants persécutés.

9° *Bris de clôture :* 21 cas, dont 8 alcooliques, soit 38 %.

Alcoolisme chronique	6
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu..	2
	8

10° *Grivèlerie, Filouterie d'aliments :* 14 cas, dont 5 alcooliques, soit 35.71 %.

Alcoolisme chronique	3
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu..	1
Alcoolisme + épilepsie	1
	5

11° *Menaces de mort :* 11 cas, dont 3 alcooliques, soit 27.27 %.

Alcoolisme chronique	2
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu..	1
	3

12° *Infraction à la police des chemins de fer :* 11 cas, dont 3 alcooliques chroniques, soit 27.27 %.

13° *Incendie volontaire :* 8 cas, dont 4 alcooliques, soit 50 %.

Alcoolisme chronique	2
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu..	1
Alcoolisme + épilepsie	1
	4

14° *Dégradation d'objets d'utilité publique :* 7 cas, dont 6 alcooliques, soit 85.71 %.

Alcoolisme chronique	3
Alcoolisme chronique avec accès aigu ou subaigu..	3
	6

15° Divers : *Dégradation d'objets décoratifs, entraves à la liberté du travail, mauvais traitements à enfants, port illégal d'uniforme et de décorations, fabrication et émission de fausse monnaie, tentative d'extorsion de fonds, suppression de part, fabrication et détention d'explosifs :* ensemble 9 cas, dont 3 alcooliques, soit 30 %.

Dans l'ensemble, cette statistique, en ne considérant que les alcooliques, se résume ainsi :

Crime ou délit	Nombre de cas	Nombre de cas imputables à l'alcoolisme	Pourcentage
Vagabondage	341	135	39.58
Rébellion et outrages	57	41	71.93
Outrages à des magistrats	2	1	50.00
Coups et blessures	52	29	55.77
Violences et voies de fait	41	19	46.34
Violences et voies de fait au Président de la République	1	»	»
Menaces de mort	11	3	27.27
Homicide volontaire (1)	40	11	27.50
Homicide par imprudence	1	»	»
Fabrication et détention d'explosifs	1	»	»
Outrages publics à la pudeur et attentats aux mœurs	48	24	50.00
Bris de clôture	21	8	38.00
Incendie volontaire	8	4	50.00
Dégradation d'objets d'utilité publique	7	6	85.71
Vol	193	69	35.75
Escroquerie, abus de confiance, filouterie, faux	28	9	32.14
Grivèlerie, filouterie d'aliments	14	5	35.71
Infraction à la police des chemins de fer	11	3	27.27
Fabrication et émission de fausse monnaie	1	»	
Tentative d'extorsion de fonds	1	»	
Suppression de part	1	»	
Dégradation d'objets décoratifs	1	»	37.50
Entraves à la liberté du travail	1	1	
Mauvais traitements à enfants	1	1	
Port illégal d'uniforme ou décorations	2	1	
Total	885	370	

Sur 885 délits ou crimes relevés chez des inculpés internés à l'asile clinique de 1905 à 1909 inclus, 370 sont imputables à l'alcoolisme sous ses diverses formes, soit *41.80* %.

(1) M. VALLON (Alcoolisme et Criminalité. Étude de Médecine légale et d'hygiène sociale. *Bulletin de la Société de Médecine de France.* Clermont, 1909) indique une

Nous venons de voir quels sont les plus fréquents des actes médico-légaux commis par les alcooliques. Il nous faut encore examiner s'il est des actes spécifiques de l'intoxication alcoolique, c'est-à-dire des actes commis toujours ou presque toujours par des alcooliques. Lombroso indiquait comme spécifiques de l'alcool les coups et blessures, la rébellion et les attentats à la pudeur. Si nous consultons la statistique établie par nous, nous trouvons comme délits et crimes surtout commis par des alcooliques :

Dégradation d'objets d'utilité publique	85.71 %
Rébellion et outrages	1,93 %
Coups et blessures	55.77 %
Outrages publics à la pudeur et attentats aux mœurs...	50.00 %
Incendie volontaire	50.00 %
Violences et voies de fait	46.34 % (1)

La spécificité de l'alcool pour ces divers délits est d'autant plus frappante que l'alcool est le seul des toxiques qui soit ainsi criminogène. Toutes les autres intoxications donnent à peu près les mêmes symptômes confusionnels et oniriques, l'intoxicaton alcoolique seule s'accompagne des réactions médico-légales précitées.

Un seul autre mode toxique se rencontre relativement fréquemment sur la liste des délits, c'est la toxicomanie (morphine, héroïne, cocaïne ou éther) et le délit est le vol. Mais, entre l'impulsion irrésistible à se procurer à tout prix le toxique, et les réactions de l'alcoolique, les différences sont trop évidentes pour qu'il soit utile d'y insister. Le seul point de commun est l'affaiblissement ou l'obnubilation de la moralité. Et encore beaucoup de ces toxicomanes sont-ils des alcooliques!

Donc, seul de tous les états toxi-infectieux, l'alcoolisme conduit à des manifestations violentes et inattendues, à des réactions motrices vives, instinctives, dues à l'irritabilité morbide et à la suppression

---

proportion plus forte de 49 cas sur 135 soit 36.37 °/. d'alcooliques parmi les inculpés d'homicide volontaire qu'il a eu à examiner. Ceci vient à l'appui de ce que nous disions en commençant, M. Vallon examinant les inculpés avant toute sanction judiciaire, tandis que nous n'avons pu examiner que des inculpés internés. Notre statistique est certainement très au dessous de la réalité.

(1) M. le professeur Régis a bien voulu nous communiquer sa statistique personnelle. Sur 94 expertises criminelles, 20 concernent des alcooliques, accusés des actes suivants : outrages publics à la pudeur et attentats aux mœurs, 6; vols, escroqueries, faux, 5; auto- et hétérodénonciation, 3; violences, rébellion, bris de clôture, 2; menaces de mort, 1; homicide, 1; vagabondage, 1; simulation, 1.

momentanée ou définitive du pouvoir d'inhibition acquis par le raisonnement et par l'éducation.

De ces manifestations multiples de la délinquance et de la criminalité, certaines, nous l'avons dit, peuvent s'observer dans plusieurs des formes de l'alcoolisme. Aussi, pour leur étude, nous considérerons non pas le délit ou le crime, mais l'individu. Passant en revue les formes de l'alcoolisme, nous verrons à propos de chacune d'elles les réactions médico-légales qu'elles déterminent et par quel mécanisme. La place limitée accordée à vos rapporteurs nous empêchera de citer *in extenso* des observations d'ailleurs nombreuses et fort intéressantes. Nous nous contenterons de rapporter à propos de chaque type l'observation résumée d'un fait vécu, n'appuyant nos considérations que sur des prévenus internés.

Comme il n'entre pas dans notre rôle de décrire les symptômes de l'alcoolisme, nous n'en parlerons bien entendu qu'en tant que facteurs de délinquance ou de criminalité. Pour faciliter la description, nous adopterons le plan suivant :

En premier lieu, nous passerons en revue les réactions médico-légales observées au cours de l'ivresse, alcoolisme accidentel. La même étude sera faite ensuite pour l'alcoolisme chronique habituel, puis pour les poussées aiguës au cours de l'alcoolisme chronique, quel que soit leur degré. Il nous paraît superflu, au point de vue médico-légal, de séparer les poussées d'alcoolisme subaigu, aigu, ou suraigu : il n'y a là qu'une question de degré et, dans tous ces cas d'onirisme hallucinatoire le mécanisme des réactions est le même.

Enfin, pour terminer, nous montrerons le rôle considérable de l'alcool appoint dans toutes les affections mentales au cours desquelles il intervient comme facteur de criminalité.

CHAPITRE II

L'ivresse

La forme d'alcoolisme la plus connue du public, celle aussi contre laquelle la lutte antialcoolique a été dirigée en premier lieu, c'est certainement l'ivresse. Tour à tour blâmée et excusée avec une indulgence dangereuse, circonstance aggravante pour les uns, atténuante pour les autres, l'ivresse, par ceux qui lui firent la guerre, fut punie comme un vice. Or, si l'ivrognerie habituelle peut à bon droit être considérée comme un vice, l'ivresse accidentelle ne rentre pas fatalement dans ce cadre. Manifestation du droit de punir, sauvegarde de la moralité sociale, la législation sur l'ivresse nous apparaît comme une demi-mesure insuffisante à la prophylaxie sociale antialcoolique, insuffisante aussi à la défense sociale contre les crimes alcooliques. Il n'en est pas moins vrai qu'on doit la considérer comme la seule mesure légale actuelle dans la lutte contre l'alcoolisme (1). Telle qu'elle est, son insuffisance est montrée par l'abondance des délits et des crimes imputables à l'ivresse.

L'ivresse est l'intoxication aiguë par l'alcool. Dans ses manifestations les plus franches, les plus typiques, elle survient d'une façon accidentelle, en dehors de toute intoxication alcoolique chronique, à l'occasion d'un excès, volontaire ou non, de boissons alcooliques. Le sujet, habituellement sobre, a bu plus que de raison, à l'occasion d'une fête, par exemple, et, parce que sobre habituellement, a réagi rapidement à des doses souvent peu considérables d'alcool.

Il n'en est pas toujours ainsi. Il est, d'une part, des cas de transition représentés par la réception fréquente d'accès d'ivresse, chez le même individu, sobre dans l'intervalle. Il est, d'autre part, des alcooliques chroniques qui, à l'occasion d'excès massifs, peuvent présenter des accidents d'ivresse. Cela est cependant moins fréquent, les alcooliques chroniques faisant plus facilement des accès d'al-

(1) Loi du 23 janvier 1873 tendant à réprimer l'ivresse publique et à « combattre les progrès de l'alcoolisme », en France.

Loi sur l'ivresse publique (1887), en Belgique.

coolisme subaigu, de delirium tremens ou d'alcoolisme suraigu, accès dont nous décrirons plus loin les réactons médico-légales.

On peut décrire à l'ivresse trois périodes : une période d'excitation avec obnubilation du jugement et de la moralité, une période ébrieuse avec ataxie physique et intellectuelle et une période comateuse. C'est au cours des deux premières phases que le sujet commet les actes répréhensibles qui l'amènent devant les magistrats et quelquefois, mais plus rarement, devant les experts. Il est en effet relativement rare, étant donné la fréquence de l'ivresse et de ses réactions, qu'un expert soit commis. Souvent, à la période d'excitation, il n'est pas tenu compte de l'ivresse du sujet et, à la seconde période, lorsqu'il en est tenu compte, c'est pour ajouter un nouveau délit à la liste de ceux dont aura à répondre l'inculpé. Ces délits sont, en effet, très souvent associés, et voici quelques-unes des associations le plus fréquemment rencontrées :

Vagabondage, ivresse, rébellion et outrages;
Mendicité, vol, vagabondage, ivresse;
Outrages, rébellion, outrages publics à la pudeur et ivresse;
Outrages, voies de fait et ivresse;
Outrages, bris de clôture, ivresse;
Outrages à la pudeur et ivresse.

Associés entre eux ou non, la diffamation, les outrages, violences et voies de fait, coups et blessures, bris de clôture, bris d'objets d'utilité publique, outrages publics à la pudeur, attentats aux mœurs, le vol, l'homicide involontaire ou volontaire, sont les délits et les crimes fréquents de l'ivresse. Ils relèvent des phénomènes d'excitation, des tendances instinctives aux réactions automatiques, non tempérées par le frein normal du jugement de l'acte lui-même et de ses conséquences. Certains de ces actes relèvent des dispositions natives d'un sujet chez lequel l'alcool a fait disparaître momentanément le vernis apporté par l'éducation et la notion acquise des droits de chacun. Souvent, au contraire, l'acte commis contraste singulièrement avec toute la vie du sujet et semble créé de toutes pièces par le toxique.

Il est impossible de ne pas faire remarquer dès maintenant la brutalité, la violence qui caractérisent les actes médico-légaux de l'alcoolique. Legrain (1), dans la description qu'il donne de l'ivresse, rappelle les cas où, dans des périodes troublées, révolutions, guerres,

(1) LEGRAIN. *Eléments de médecine mentale appliqués à l'étude du Droit.* Paris, A. Rousseau, édit., 1906.

expéditions coloniales, l'alcool a transformé de paisibles citoyens en soldats inhumains, capables de pillages et de meurtres que rien ne saurait justifier. L'alcool, à lui seul, apporte cet élément impulsif et violent qui fait que, même à l'occasion d'une ivresse fortuite, l'individu mettra immédiatement la force au service de son désir, quel qu'il soit. Beaucoup d'autres états psychiques, toxiques également, s'accompagnent de confusion et d'obnubilation psychiques et cependant ne figurent jamais sur la liste des réactions médico-légales violentes. Non seulement, chez l'alcoolique, l'intelligence, le jugement, la moralité sont obscurcis, mais la force impulsive et brutale, exaltée, apparaît comme un facteur dominant au service des actes automatiques, instinctifs, irraisonnés, sous la dépendance des sollicitations sensorielles les plus légères.

C'est dans ces conditions que le vol est commis, vol souvent insignifiant, une botte d'asperges, une vieille couverture de cheval, etc., et que tant d'autres actes délictueux sont accomplis sous l'influence de l'ivresse à l'occasion d'un pari saugrenu et stupide. L'ivrogne qui désire viole si on lui résiste, ou tente de violer, car souvent le désir qu'il en a est supérieur aux moyens dont il dispose. Si on le contredit, il outrage, il diffame. Si l'on veut l'arrêter ou s'opposer à ses actes, il brise tous les obstacles qui s'offrent à ses yeux, il frappe, il tue.

Sous l'influence de l'excitation ébrieuse, J... menaçait d'un revolver chargé les garçons d'un marchand de vins qui refusaient de lui servir à boire à cause de son état d'ivresse. Il fut arrêté pour ces menaces et pour outrages aux agents qui vinrent l'arrêter.

La femme C..., examinée par M. Dupré, sous l'influence d'un accès d'excitation ébrieuse partagé par son mari, après avoir reçu de lui un coup de poing, le tua à l'aide d'une hachette qui se trouvait dans la pièce. Cet uxoricide nous fournit l'occasion de rappeler ces ménages d'alcooliques chroniques et d'ivrognes intermittents, dans lesquels les mentalités des deux conjoints, également intoxiqués et le plus souvent dans les mêmes conditions de temps et de lieu, se heurtent sans cesse. La vie commune y est remplacée par une ivresse commune et les témoignages d'affection par des scènes et des batailles continuelles jusqu'à la catastrophe finale.

C'est ainsi que les choses se passent habituellement dans l'ivresse. Nous ne citerons volontairement pas d'autre exemple de ces faits, qui sont présents à l'esprit de tous et dont sont remplies les rubriques « Faits divers » et « Chronique des tribunaux » des quotidiens de tous les pays.

Il est d'autres formes de l'ivresse. Paul Garnier (1) décrivait trois variétés de formes anormales de l'ivresse : l'ivresse excito-motrice, l'ivresse hallucinatoire et l'ivresse délirante. Au point de vue médico-légal, nous n'en accepterons que deux. La distinction entre l'ivresse hallucinatoire et l'ivresse délirante, souvent difficile en clinique, ne serait à aucun titre justifiée en médecine légale.

L'ivresse excito-motrice est caractérisée par une véritable décharge motrice, « fureur aveugle automatique qui s'attaque frénétiquement aux êtres et aux choses, brise, frappe et tue » (2), différant de l'ivresse ordinaire par la brusquerie du début et l'intensité des réactions motrices, essentiellement destructrices. En dehors des difficultés de diagnostic clinique tenant à ce mode de début et à l'amnésie parfois complète de ce qui s'est passé pendant la crise, l'ivresse excito-motrice n'apporte donc rien de bien nouveau à la médecine légale de l'ivresse. Les réactions sont les mêmes que celles de l'ivresse ordinaire et diffèrent tout au plus des premières par leur intensité. L'auteur de *La Folie à Paris* en rapporte plusieurs cas.

Paul Garnier distingue l'ivresse hallucinatoire du délire ébrieux, ivresse psychique, sorte de rêve toxique dont le contenu est fait d'emprunts aux idées et aux sentiments qui occupent l'individu à l'état normal. En réalité, la même cause, l'intoxication alcoolique accidentelle, produit dans les deux cas un état délirant qui est à ranger dans l'un ou l'autre des deux groupes, suivant la présence ou l'absence, la fréquence ou la rareté des hallucinations. Dans les deux cas, le pronostic est le même, avec amnésie consécutive plus ou moins complète, les réactions sont identiques et sont la conséquence logique du délire, qu'il soit hallucinaitoire ou imaginatif.

Les ivresses délirantes s'accompagnent fréquemment de réactions médico-légales. En collaboration avec le professeur agrégé Dupré (3), l'un de nous a publié une observation dont voici le résumé et qui est particulièrement intéressante par le caractère involontaire des accidents ébrieux.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, B..., garçon charcutier, qui se rendit un soir du mois de juillet 1905 dans un commissariat de police, déclarer qu'il venait de tuer six Prussiens dans sa chambre, où il en restait encore vingt, et priant les agents de l'y accompagner

---

(1) Paul Garnier. *La Folie à Paris*. Paris, Baillière, édit., 1890.

(2) Ibid., p. 79.

(3) E. Dupré et René Charpentier. Les ivresses délirantes transitoires d'origine alcoolique. *L'Encéphale*, n° 1, 25 janvier 1906.

pour achever le massacre. Il était en possession d'un grand couteau à l'usage des bouchers. Le thème même du délire rendait évident le caractère morbide de cette auto-accusation et le malade fut conduit à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police. Il s'endormit presqu'aussitôt et se réveilla le lendemain, ne se rappelant rien des faits qui précèdent.

L'enquête étiologique démontra que la veille, pendant l'après-midi, ayant chaud, c'était le 12 juillet,B... était entré dans un café et s'était fait servir un verre de bière. Au bout de quelque temps, il avait lié conversation avec ses voisins de table et acheté à l'un, garçon boucher, le couteau dont il fut trouvé porteur. Pendant qu'il était à la caisse à faire de la monnaie pour payer son acquisition, ses voisins, qui buvaient du rhum, profitèrent de ce moment d'absence pour lui verser plusieurs petits verres de rhum dans sa bière sans qu'il s'en aperçut. Lorsque B.... revint, il paya son couteau, sa consommation et vida à la hâte son verre d'un seul trait pour sauter dans un tramway qui passait. Il s'aperçut trop tard de la saveur du liquide et rejeta, en montant en tramway, la dernière gorgée. Bientôt, en proie à des vertiges et à une violente céphalée, il descendit de tramway vers 5 heures du soir, s'assit sur un banc et... ne se souvint jamais de ce qui se passa jusqu'au lendemain matin, au moment où il se réveilla à l'infirmerie spéciale.

C'est là un type net et pur d'ivresse délirante transitoire involontaire avec amnésie totale de la période ébrieuse. Le contenu du rêve morbide est déterminé par les préoccupations habituelles de l'esprit : B... venait de quitter une charcuterie de Metz où le contact avec la garnison allemande avait développé ses ressentiments et précisé les images visuelles des uniformes.

Cette ivresse ne peut être reprochée à l'agent, qui ignore l'altération ou la force toxique de la boisson qu'il absorbe; il ne saurait donc, dans ces conditions, y avoir de culpabilité; l'article 64 du Code pénal est entièrement applicable (1). Et cela, quelle que soit l'opinion que l'on ait sur la responsabilité ou l'imputabilité dans l'ivresse, les victimes d'une ivresse fortuite et non volontaire doivent être considérées comme pénalement irresponsables d'un état délirant dont elles n'ont en rien déterminé ou favorisé l'apparition.

Dans une affaire récente, MM. Parisot et Lalanne (de Nancy). eurent à examiner un enfant de 16 ans, R..., inculpé de meurtre, qui avait commis son crime en état de délire ébrieux. Un garçon d'un

(1) Vidal. *Traité de droit criminel.*

bar l'ayant rencontré sur le palier du deuxième étage de l'immeuble, et lui ayant demandé ce qu'il désrait, R... répondit : « Je viens chercher M. Alfred » et tenta malgré lui de monter à l'étage supérieur. Après lui avoir dit qu'il n'y avait personne de ce nom dans la maison, l'employé le prit par le cou et tenta de lui faire descendre l'escalier, sur les marches duquel R... roula jusqu'au premier étage. Continuant ensuite à descendre, il fut suivi par le garçon jusque dans la cave. Ce dernier l'interpellant à nouveau, il braqua sur lui un revolver. L'autre alla chercher du renfort et descendit à la cave avec deux consommateurs. R... tira sur l'un d'eux deux coups de revolver, dont l'un ouvrit la carotide primitive et l'autre atteignit la tête. Des agents, qui vinrent arrêter R... après ce meurtre, le trouvèrent dans la cave, couché sur le dos, son revolver à portée de sa main. Il fut arrêté sans résistance et conduit au commissariat où, quand on l'interrogea, à 4 heures du matin, il déclara ne se souvenir de rien. La victime était totalement inconnue de lui. Les jours suivants, les souvenirs revinrent par lambeaux et permirent de reconstituer la scène de frayeur pendant laquelle R... avait tiré, sans viser, par l'entrebâillement de la porte, dans la direction des pas qui approchaient.

Ces accidents étaient consécutifs à l'absorption d'un litre et demi de vin blanc, bu après le dîner, en jouant et en fumant, par ce jeune criminel, que tous les renseignements sont unanimes à déclarer sérieux, poli, travailleur, d'une conduite et d'une moralité irréprochables et n'ayant pas d'habitudes d'intempérance.

Le Dr Bienfait, de Liége, a bien voulu nous communiquer l'observation suivante analogue. Après s'être enivré avec de la bière, X..., âgé de 18 ans, revint au domicile de ses parents absents et continua à boire avec des amis des vins de Bordeaux de Bourgogne et de Champagne. D'abord, sous l'influence de l'excitation ébrieuse, il battit brutalement un de ses amis, simplement parce qu'il annonçait son intention de rentrer chez lui. La victime, déjà indisposée, tombe dans le vestibule, vomit et reste étendue par terre. X... nettoie le sol et donne à ses amis les bouteilles vides pour les faire disparaître. Ceux-ci s'en vont et X... reste seul en présence de Y..., immobile. Quelques instants après, X... sort sanglant de la maison. Arrêté et interrogé, il déclara avoir vu un cambrioleur se dresser devant lui dans la maison et s'être défendu. Sous l'influence de cette hallucination, il était monté rapidement au second étage, avait pris un poignard dans un tiroir et était redescendu dans le vestibule, où il avait lardé de coups Y..., étendu sur le sol. Dans la suite, il soutint toujours avoir eu affaire à un cambrioleur et s'être défendu. Les médecins légistes conclurent à un ac-

cès de somnambulisme alcoolique (1) et X... fut interné dans un asile d'aliénés.

Nous ne citerons pas ici d'autre observation. Nous ferons remarquer seulement combien, médico-légalement et cliniquement, ces cas se rapprochent des réactions au cours des psychoses aiguës ou subaiguës de l'alcoolisme chronique. Ils en diffèrent par leur étiologie récente, leur début brusque, leur courte durée, leur amnésie plus marquée. En réalité, ils diffèrent davantage des autres modes de l'ivresse et en particulier de l'ivresse excito-motrice. Toutes les réactions que l'on trouve dans le délire alcoolique aigu ou subaigu des alcooliques chroniques peuvent se rencontrer dans le délire ébrieux.

La notion des antécédents héréditaires et personnels du sujet intervient pour expliquer la résistance plus ou moins grande du sujet au toxique, l'intensité du délire et sa durée, la précocité des réactions. Un grand prédisposé aura assez d'une intoxication légère pour présenter une ivresse délirante accompagnée de réactions médico-légales (2). Il en est du délire ébrieux comme de tous les délires, comme de toutes les maladies : l'agent causal agit proportionnellement à la résistance du terrain.

L'ivresse, elle-même, peut encore être due à un accès de dipsomanie. Assez peu fréquente en réalité, la dipsomanie, survenant chez un individu habituellement sobre, apporte à l'ivresse, en apparence volontaire, une notion étiologique qui la rapproche singulièrement de l'ivresse involontaire. Phénomène obsédant et impulsif pour Magnan, équivalent épileptique pour Kraepelin, véritable accès de psychose périodique pour Krafft-Ebing et Gilbert Ballet, la dipsomanie vraie, qui survient par accès, transforme un individu quelquefois très sobre en un ivrogne intermittent chez lequel l'ivresse a d'autant plus de chances de s'accompagner de faits médico-légaux qu'elle survient chez un prédisposé à des troubles psychiques par le fait même de sa cause. Il y a là un problème étiologique qui ne se pose qu'assez exceptionnellement, mais dont l'importance dans l'appréciation des faits n'échappera à personne.

---

(1) Francotte X. Somnambulisme alcoolique. (Congrès anthrop. crimin. Genève 1896.)

(2) « Les antécédents héréditaires expliquent ordinairement l'action plus durable et plus puissante de l'agent toxique ». Magnan : *De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.* (Paris, Delahaye, édit., 1874, p. 3.)

CHAPITRE III

L'alcoolisme chronique

L'examen des observations démontre qu'en réalité, la plus grande partie des alcooliques délinquants ou criminels sont des alcooliques chroniques. Un bon nombre des cas d'ivresse surviennent eux-mêmes, nous l'avons dit, sur un terrain prédisposé par des abus antérieurs d'alcool à l'éclosion des réactions violentes.

L'intoxication alcoolique chronique favorise les délits et les crimes de plusieurs façons. Nous laissons de côté momentanément l'étude des réactions médico-légales au cours des accès aigus ou subaigus de l'alcoolisme chronique, pour envisager celles qui surviennent par le fait même de l'alcoolisme chronique.

Les deux grandes causes de ces réactions sont, d'une part, l'affaiblissement intellectuel, d'autre part, les idées délirantes de persécution et surtout de jalousie.

Progressivement, la *démence* alcoolique, avec son cortège d'affaiblissement de la mémoire, de la volonté, de l'affectivité, de la moralité, réalise un état de déchéance intellectuelle, dans lequel, le laisser-aller, l'impossibilité d'un travail suivi, l'irritabilité, l'irascibilité, l'absence de pudeur et de dignité s'allient à une dégénérescence organique qui empêche le plus souvent l'individu de subvenir à ses besoins. Combien de délits n'ont pas d'autres causes, chez des sujets que les progrès de l'affaiblissement intellectuel et de la déchéance éthique rendent incapables de juger, même sommairement, les actes qu'ils vont accomplir.

Ces actes sont, par ordre de fréquence : le vagabondage, le vol, les rébellions et outrages, les coups et blessures, les violences et voies de fait, les outrages publics à la pudeur et attentats aux mœurs, et, moins fréquemment, le bris de clôture, l'homicide, l'escroquerie, la grivèlerie, la dégradation d'objets d'utilité publique, l'incendie volontaire et les menaces de mort.

Ils sont souvent associés, par exemple le vol et le vagabondage, ou, comme dans l'une de nos observations : « violences, outrages et ivresse ». Plus souvent encore, le même sujet présentera dans le cours

de sa vie des inculpations successives, dans lesquelles le motif sera ou le même délit, ou, successivement, plusieurs des délits que nous venons d'indiquer.

D'ailleurs, un alcoolique chronique a pu présenter d'autres actes médico-légaux, commis au cours d'un accès d'alcoolisme subaigu.

Le *vagabondage* est le délit le plus fréquemment commis par les alcooliques chroniques, et nombreux sont les cas que nous avons pu observer. Il est la conséquence logique des progrès de l'affaiblissement intellectuel, de l'insouciance, de l'incapacité de travail et du manque de ressources consécutif. Lorsque ce délit fait son apparition chez un alcoolique chronique, on peut être assuré qu'il ne s'agit pas d'un incident isolé dans la vie du malade. Dans un grand nombre de cas, c'est un délit connexe, associé aux autres causes qui ont amené l'arrestation. Il est relativement rare, en tous cas, qu'il s'agisse d'un délit absolument isolé, ne voisinant pas, sinon dans les motifs de l'arrestation, au moins dans le casier judiciaire de l'inculpé, avec d'autres délits. Un de nos malades, L..., alcoolique chronique, interné à plusieurs reprises à la suite d'inculpation de vagabondage, avait déjà été interné dans les mêmes conditions, à la suite de vol, d'outrages aux agents.

Legrain (1), cite l'observation d'un alcoolique qui, en seize ans, subit trente-huit condamnations pour vagabondage simple ou compliqué de mendicité, d'ivresse, de filouterie, pour outrages à la pudeur, rébellion, mendicité, ou vol et fut interné pour alcoolisme.

Un de nos malades, interné pour la deuxième fois le 15 janvier 1910 et qui en est à son cinquante huitième internement en vingt-quatre ans, a été successivement inculpé de vagabondage, mendicité, vol. Il s'est rendu coupable d'outrages publics à la pudeur, de bris d'objets mobiliers, de menaces de mort. Outre ces actes contre autrui, il a présenté à plusieurs reprises des auto-accusations et des tentatives de suicide par pendaison et par submersion. Interné pour la première fois en août 1886, à 32 ans, alors qu'en état d'alcoolisme subaigu il déclarait à tort avoir tué sa femme, il a depuis passé la plus grande partie de sa vie à l'asile, d'où on le mettait en liberté lorsque disparaissaient ses troubles alcooliques, et d'où il s'évadait lorsque sa sortie tardait trop à son gré.

Un malade de M. Dupré, âgé de 41 ans, inculpé de violences et de voies de fait au cours d'une pérode d'excitation ébrieuse, a déjà subi plus de trente condamnations pour coups et blessures, outrages

---

(1) Legrain. *Op. cit.*, page 279.

aux agents, rébellion, ivresse, vagabondage, outrage à la justice, bris d'objets, etc., cinq internements suivis à quatre reprises d'évasion.

L'alcool, seul, suffit à faire un anormal, mais en dehors des alcooliques déments ou affaiblis, chez lesquels l'alcoolisme préexiste au vagabondage et en est la cause plus ou moins lointaine, il est d'autres cas, les plus nombreux, dans lesquels l'alcoolisme chronique et le vagabondage sont des faits connexes, consécutifs à un état de paresse et d'instabilité constitutionnelles, qui ont préexisté au vagabondage et à l'intoxication.

Ces paresseux vagabonds, toujours à la charge de la société, doivent être différenciés des vagabonds par démence alcoolique. Le nombre de ces parasites est considérable. Passant leur vie entre le dépôt de mendicité, la prison et l'asile, ce sont des alcooliques secondairement à leur paresse, à leurs tendances vicieuses. Ils boivent au besoin exprès pour se faire interner ou simulent des accidents alcooliques qu'ils connaissent bien pour les avoir éprouvés. Paresseux constitutionnels, délinquants récidivistes le plus souvent, clients de la prison, du dépôt de mendicité et de l'asile lorsqu'un accès subaigu les y envoie, ces sujets, lorsqu'ils ont été une première fois à l'asile, s'y font volontairement interner en simulant s'il le faut, lorsque leurs ressources s'épuisent ou que l'hiver s'annonce.

Le *vol* est fréquent chez les alcooliques chroniques qui volent, non pas comme les morphinomanes pour se procurer leur toxique et échapper aux accidents d'abstinence, mais pour se procurer les moyens d'existence que leur courage et souvent leurs moyens intellectuels et physiques ne leur fournissent plus. L'affaiblissement du jugement et de la moralité font qu'ils commettent sans scrupule et assez maladroitement, par la force, le vol qui leur donnera les moyens immédiats de vivre. La plupart d'entre eux, lors de leur arrestation, aggravent le délit d'un acte de rébellion ou de violence, qui vient s'ajouter à celui de vol aussi fréquemment que celui de vagabondage. Le délit est souvent minime, vol d'un pâté à l'étalage, d'une couverture dans une gare, de semelles de chaussures dans un magasin et le plus souvent il s'agit de denrées alimentaires ou d'objets d'habillement que le sujet prend lorqu'ils s'offrent à ses yeux et quelquefois avec un minimum de précautions.

Aussi rapprocherons-nous de ces faits le délit de *grivèlerie*. Les alcooliques chroniques s'en rendent assez fréquemment coupables. Ils entrent dans un restaurant et, après s'être fait servir un bon repas, déclarent au moment de payer qu'ils n'ont pas d'argent. On trouve surtout ce délit chez les parasites dont nous avons parlé. Ils font à la fois un bon repas et le nécessaire pour se faire emprisonner et peut-

être interner. Un de ces indvidus, tombant sur un restaurateur charitable qui ne voulait pas porter plainte, se fâcha, et pour être plus sûr du résultat, cassa la vitre du restaurant en guise de remerciement, déclarant qu'il voulait être arrêté.

Les délits de *rébellion et outrages, coups et blessures, violences et voies de fait* tiennent à l'irritabilité, à l'irascibilité, à la brutalité des alcooliques chroniques. Ils se produisent à propos de toutes les circonstances de la vie courante, et notamment à l'occasion de l'arrestation de ces malades, lorsqu'ils sont inculpés d'un autre délit, ainsi que nous en avons déjà donné des exemples.

L'entourage familial, femme et enfants, est avant quiconque victime de la violence des alcooliques chroniques. Souvent les femmes des alcooliques chroniques sont hantées par la crainte de la sortie du malade de l'asile, en songeant à la vie qu'il leur faudra mener près d'un mari violent, dépensier, et dont le travail ne rapporte rien pour l'entretien du foyer. Il n'est pas rare qu'elles viennent montrer aux médecins, le jour de l'internement, les ecchymoses dont leur corps est marbré, pour n'avoir pas voulu subir toutes les fantaisies morbides d'un dément ou avoir tenté par leurs conseils d'éviter au mari un internement prochain. D'ailleurs, les menaces et les violences attirent toujours de graves ennuis à ces alcooliques, dans tous les milieux où ils vivent, avec leurs supérieurs, leurs camarades et leurs inférieurs.

Au contraire de ce qui a lieu dans l'ivresse ,on trouve plus ici des bris d'objets mobiliers que des bris de clôture ou d'objets d'utilité publique. Ces faits de violence et de bris d'objets se produisent d'autant plus facilement dans les ménages d'alcooliques chroniques, où l'irritabilité de l'un des conjoints est exagérée par l'irascibilité de l'autre. Nous avons cité plus haut un de ces cas d'alcoolisme à deux.

Les *outrages publics à la pudeur* et les *attentats aux mœurs* se rencontrent à des étapes différentes de l'affaiblissement démentiel d'origine alcoolique. C'est surtout au début, quand l'affaiblissement est peu marqué, que les attentats aux mœurs seront possibles. Un de nos malades, D..., alcoolique chronique et affaibli intellectuellement, tenta à deux reprises, en l'absence de sa femme, d'abuser de sa fillette, âgée de 14 ans.

Les outrages publics à la pudeur se produisent habituellement à un stade plus avancé de la démence. Ou bien, ils sont la dernière manifestation impulsive d'un érotisme sans autres moyens pour se manifester, ou bien ils sont l'acte d'un dément qui oublie de boutonner son pantalon et se promène insuffisamment vêtu. Nous ne parlons pas ici des terreurs hallucinatoires avec fuite, qui seront passées en revue avec les accès aigus au cours de l'alcoolisme chronique.

Les *menaces de mort* et l'*homicide* sont commis par le même mécanisme. Etrangers, passants inoffensifs et inconnus, parents, époux, enfants, personne n'y échappe, et cela indépendamment de toute idée délirante et de toute hallucination, à l'occasion d'une colère subite et injustifiée, pour les griefs les plus futiles et les moins durables. C'est ainsi qu'un alcoolique chronique que MM. Dupré et Derome eurent à expertiser pour la cour d'assises de Versailles, commit l'uxoricide suivant. Lassée de la vie qu'elle menait avec ce buveur incorrigible, Mme T... l'avait quitté pour la seconde fois, pour se réfugier dans sa famille. Cédant aux supplications de T..., elle revint un soir au domicile conjugal. Le lendemain matin, vers cinq heures et demie, aprèe avoir pris un vere d'eau-de-vie comme d'habitude, T... dit à sa femme de lui préparer son déjeuner. Comme elle refusait et s'apprêtait à retourner chez sa mère, il la frappa avec un marteau qui se trouvait sur une table, près du lit, de telle sorte qu'il la tua en lui brisant le crâne et la défigurant complètement.

L'instruction et l'examen des experts démontrèrent que ce meurtre avait été accompli en dehors de toute idée délirante par un alcoolique chronique de longue date profondément intoxiqué et psychiquement affaibli. Depuis de longues années, sa ration quotidienne minima était de trois litres de vin, trois ou quatre absinthes et quatre petits verres d'eau de vie.

L'*incendie volontaire* n'est pas un délit très fréquent chez les affaiblis intellectuels. Il a plus souvent pour cause des idées de persécution ou des hallucinations. Néanmoins, certains de nos malades l'avaient présenté comme un acte démentiel en dehors de tout motif d'ordre hallucinatoire ou délirant.

Sur l'affaiblissement intellectuel constant de ces malades peuvent se greffer des idées délirantes de persécution qui revêtent le plus souvent la forme *d'idées de jalousies*. Ces idées sont si fréquentes chez les alcooliques chroniques que l'on doit les chercher chez tous. Elles revêtent une forme peu spéciale et c'est non l'instinct sexuel et les préoccupations d'ordre affectif, mais l'instinct de propriété dévié qui, paraît en être la base dans la plupart des cas. L'alcoolique chronique affaibli, obnubilé, irritable, amoral a le plus souvent de la frigidité génitale. Lorsque au début de son affaiblissement psychique, il présente de l'excitation érotique, elle aboutit à des outrages à la pudeur ou à des attentats aux mœurs, actes résultant de l'excitation des centres médullaires avec peu de participation d'éléments psychiques. Ceci est quasi démontré par ce fait que le sujet, dans la plupart des cas, ne choisit ni sa victime ni le lieu de l'attentat, perpétré suivant le hasard des circonstances.

L'instinct de sa propriété personnelle survit et, comme dans les sociétés primitives, l'alcoolique met au nombre de ses biens sa femme et ses enfants. C'est là une idée de jalousie sans jalousie proprement dite, une idée de persécution, de vol. Basée sur des interprétations fausses dans la généralité, alimentée parfois par des illusions et des hallucinations, la jalousie de l'alcoolique est souvent une jalousie sans désirs, sans protestations d'affection, mais brutale, violente, pleine de menaces. Les interprétations de cet ordre se produisent d'autant plus facilement, que le conjoint, époux ou épouse, lassé de la vie malheureuse qu'il mène, découragé par ses tentatives réitérées et inutiles pour décider le malade à une abstinence relative, ne l'aime plus. La femme repousse son mari alcoolique, le quitte pour se rendre chez sa mère et le délire puise là un nouvel élément. L'idée de jalousie s'établit. Hypothèse d'abord, elle devient très rapidement une conviction à laquelle les preuves les plus mauvaises suffisent, à laquelle même l'absence totale de preuves ne retire rien de sa force. L'alcoolique jaloux est presque d'emblée un persécuteur. Il épie sa victime, il la suit, il l'insulte, il la menace, il la frappe. Comme presque tous les alcooliques sont des jaloux, l'importance de ce facteur nouveau dans la genèse des crimes alcooliques est considérable.

Le Professeur Régis a rapporté un cas de menaces de mort au cours d'un délire de jalousie d'origine alcoolique (1).

Un de nos malades, L..., âgé de 34 ans, interné après expertise pour bris de clôture à l'occasion d'un délire jaloux, en était à son huitième internement, et lors du premier les idées de jalousie avaient déjà été notées sur l'observation.

Un autre, B..., alcoolique chronique, fils et frère d'alcoolique, jaloux, tenta d'étrangler sa femme. J..., sous l'influence d'idées de jalousie, donna un coup de poignard à son mari. Les deux conjoints s'enivraient habituellement en commun. Beaucoup des drames de la jalousie sont uniquement dus à l'alcoolisme chronique. Parce que la tare est si fréquente qu'elle passe inaperçue, la plupart ne sont pas soumis par les magistrats à l'examen des experts.

---

(1) E. Régis. *Précis de psychiatrie.* (4e édition. Doin, édit., Paris, 19[illegible]9, p. 11[illegible]5.)

CHAPITRE IV

Les accidents aigus de l'alcoolisme chronique

Les cas d'alcoolisme subaigu sont les plus fréquents des cas d'alcoolisme soumis à l'appréciation des experts. Ici la nature morbide de l'acte est évidente. Le délire, les hallucinations, la confusion mentale, la terreur pantophobique, la participation active du malade à la vision cinématographique qui se déroule devant ses yeux apparaissent à tous pendant l'acte et au moment de l'arrestation.

Les prodromes de la crise, son étiologie sont mis en lumière par l'anamnèse, en même temps, souvent, que l'existence d'accès antérieurs analogues. L'attitude de l'inculpé après la fin de son rêve vécu, l'absence de motifs normaux de l'acte incriminé, les symptômes qui persistent et sont dus à l'intoxication chronique sous-jacente à l'accès subaigu, l'amnésie relative, quelquefois l'idée fixe post-onirique frappent le magistrat et déterminent la nomination d'experts.

Tous les actes médico-légaux de l'alcoolisme subaigu sont sous la dépendance de l'onirisme hallucinatoire ou de la confusion. Lasègue a montré que « le délire alcoolique n'est pas un délire mais un rêve » et Régis par la magistrale étude qu'il a faite des délires oniriques a étendu cette notion à tous les délires toxi-infectieux. Tous ces délires comme le délire alcoolique subaigu sont des délires oniriques hallucinatoires et confusionnels et pourtant, seul, le délire alcoolique se manifeste comme un facteur de délinquance et de criminalité.

C'est peut-être que sous cet état mental délirant transitoire existe l'état psychique dû à l'intoxication éthylique chronique : cette hypothèse pourrait expliquer la tendance aux réactions défensives de l'alcoolique qui s'enfuit terrifié. Et pourtant cette explication n'est pas entièrement satisfaisante. Ce n'est pas dans l'intoxication chronique qu'il faut chercher la cause de la criminalité mais bien vraisemblablement dans la nature même du toxique. L'ivresse délirante transitoire, elle aussi, n'est autre chose que du délire onirique hallucinatoire. Elle aussi s'accompagne de réactions criminelles, et pourtant, dans la plupart des cas, elle est transitoire et inhabituelle, quelque-

fois même involontaire. Que l'intoxication alcoolique soit aigüe ou chronique, transitoire ou permanente, involontairement ou sciemment accomplie, dans tous les cas elle s'accompagne de réactions médico-légales, alors que le fait est exceptionnel dans les autres intoxications, réserve faite peut-être pour l'intoxication par le haschisch.

En ce qui concerne les psychoses aigues au cours de l'alcoolisme chronique, on a décrit le délire alcoolique subaigu, le delirium-tremens et le délire alcoolique suraigu. Dans la dernière de ces formes, l'état de stupeur, qui est la règle, n'empêche pas de temps à autre un acte impulsif de se produire, inattendu et rapide, réaction de terreur qui est souvent le suicide. Le délirium tremens avec fièvre concerne dans sa forme habituelle un sujet fébrile et alité.

Aussi, et bien que ces réactions ne soient pas spéciales à l'un ou à l'autre des divers degrés de l'intoxication aiguë, c'est surtout dans le délire alcoolique subaigu qu'on les rencontre et c'est à lui que sont empruntés les exemples qui suivent.

Le délit le plus fréquemment commis par les alcooliques subaigus est encore le *vagabondage*. Il reconnaît une double origine : la confusion et l'onirisme. La confusion, avec la désorientation qui l'accompagne, fait que l'individu, errant à travers les rues sans savoir où il se trouve ni le chemin qu'il doit suivre, désorienté dans le temps comme dans l'espace, est arrêté par des agents et conduit au poste de police où la lenteur, l'imprécision et l'incertitude de ses réponses le font garder et présumer sans domicile.

L'onirisme est responsable des fugues d'origine hallucinatoire et délirante. Tout alcoolique subaigu halluciné est pris de terreurs, de pantophobie et de tendance à la fuite. Terrorisé, il fuit éperdument des assassins imaginaires pour échapper aux supplices épouvantables dont ils le menacent, hallucinations le plus souvent visuelles mais parfois auditives. L'hallucination alcoolique classique est l'hallucination visuelle et le malade, qui assiste à des combats auxquels il participe, voit plus souvent sortir la flamme du canon des fusils qu'il n'entend la détonation. Mais les autres hallucinations, et en particulier l'hallucination auditive, se rencontrent assez fréquemment dans l'alcoolisme subaigu. Peut-être faut-il faire une place dans l'étiologie de ces hallucinations extra-visuelles à la prédisposition antérieure.

Le rôle de la prédisposition comme facteur d'éclosion plus ou moins rapide des troubles toxiques, de résistance à l'action de l'alcool est évident. Peut-être est-ce ce facteur encore qui suivant son importance facilite ou non l'éclosion de troubles sensoriels auditifs. Ce sont sem-

ble-t-il, les mêmes malades qui, lors d'accès successifs présentent ou non des hallucinations auditives.

L'un de nous, en collaboration avec M. Dupré, a publié l'observation d'un alcoolique qui, sous l'influence d'hallucinations combinées, auditives et visuelles, se rendit de Châlon-sur-Saône à Paris, à Bruxelles et à Mons et, de là, revint à Paris où il fut conduit à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de Police (1). C'est dans ces conditions que ces malades fuient leur domicile et leur lieu de résidence pour échapper à leurs ennemis. Toujours le délire est actif et la fuite mouvementée. Un autre de nos malades, D..., fut arrêté sur la réquisition d'un cocher dont il avait occupé la voiture, de laquelle il s'était enfui parcequ'il se voyait poursuivi par d'autres voitures.

Le raptus pantophobique, dans ces fugues éperdues, fait commettre d'autres délits tels que celui d'escalade et de violation de propriété privée. X,... se croyant poursuivi par une automobile pleine d'agents cyclistes, sauta par dessus la clôture d'une usine pour leur échapper et fut arrêté à l'intérieur de la propriété. Ce même délit fut commis par S.... qui croyant voir sa femme se promener dans un jardin à Asnières, escalada le mur pour la rejoindre.

Sur la voie publique, le délit de dégradation d'objets d'utilité publique peut encore se produire par un mécanisme analogue. L..., voyant en plein Paris un village entier devenir la proie des flammes, brisa la glace d'un avertisseur d'incendie. Pour appeler à son secours, la malade T.... brisait à chaque accès la glace d'un avertisseur d'incendie. La même malade accomplit le même acte une fois parce qu'elle voyait des flammes, et d'autres fois parce que, disait-elle, elle allait mettre le feu. Elle fut d'ailleurs arrêtée une fois pour tentative *d'incendie volontaire* et, à d'autres reprises, pour vagabondage, tapage, scandale, etc. Elle en est à son seizième séjour à l'Asile pour des accès d'alcoolisme subaigu. J... mit le feu à son logement pour tuer des cafards et des punaises qu'il voyait courir dans son lit.

Les *outrages publics à la pudeur* sont fréquents pendant ces fuites. Le sujet part comme il est, nu si cela se trouve, et est rencontré ainsi sur le palier, dans l'escalier, dans la cour de l'immeuble qu'il habite, voire même dans la rue. Ce sont des délits confusionnels de même que les *vols* et les *abus de confiance* commis pendant l'accès.

Mais les plus typiques sont les délits et les crimes suivants: *rébel-*

---

(1) Dupré et René Charpentier. Fugue hallucinatoire avec ictus épileptique intercurrent au cours d'un accès subaigu chez un alcoolique chronique. Persistance du délire post-onirique. (Société de Psychiatrie de Paris. *L'Encéphale*, décembre 1908)

tion et outrages, coups et blessures, violences et voies de fait, menaces de mort et homicide, sous la dépendance de la frayeur, d'une part, de l'impulsivité, de la brutalité et de la violence des réactions de défense, d'autre part. Les victimes sont le plus souvent d'inoffensifs et paisibles passants ou ceux qui tentent de calmer le malade et de l'empêcher de se livrer à des actes repréhensibles. I.... cuisinier, voyant sa chambre remplie de papillons et sa fenêtre guettée par des individus qui l'injuriaient et voulaient le tuer, s'arme d'un couteau et d'un nerf de bœuf pour se défendre. B.... entendant la voix de ses voisins l'accusant de battre sa femme et de violer sa fille, cherchait ses ennemis sous les lits et menaçait sa femme, armé d'un couteau et d'un fusil. R.... tenta de tuer un des garçons qu'il employait. Il raconta qu'une bataille épouvantable avait lieu: Bombes, incendies, massacres se succédaient. Tout le peuple de la campagne tuait les Républicains et ses propriétaires étaient venus se faire tuer sous ses yeux. Tout cela se passait sans un bruit: il voyait tout et n'entendait rien.

H.... sous l'empire d'hallucinations terrifiantes tenta de tuer sa femme. Les scènes de terreur continuèrent pendant quelques jours à l'Asile; il voyait sa femme et sa fille coupées en morceaux.

L..., tenta de tuer sa fille parceque de tous côtés des gens le suivaient, le regardaient à cause de la mauvaise conduite de sa fille. Des gens, disait-il, venaient la nuit dans sa chambre. La police le cherchait. Il avait déjà été interné pour accidents alcooliques.

R...., voyant sa chambre emplie d'apaches imaginaires tira des coups de révolver qui, heureusement, n'atteignirent personne. Souvent, c'est dans ces conditions qu'un voisin ou un passant reçoit d'un alcoolique subaigu la balle que celui-ci destine à un fantôme hallucinatoire situé dans la même direction.

H..., poursuivi par des assassins et des bêtes monstrueuses, donna dans sa fuite un coup de couteau à une personne inoffensive et inconnue de lui que le hasard avait mis sur sa route.

CHAPITRE V

Généralités. L'appoint alcoolique

Envisagée dans son ensemble la criminalité des alcooliques se présente sous un double aspect. Quelle que soit la variété pathologique envisagée, que l'alcoolisme soit transitoire ou permanent, qu'il s'agisse d'ivresse ou d'intoxication chronique, les délits et les crimes se produisent sous l'influence de deux états psychiques différents. Tantôt il s'agit d'un trouble de l'intelligence, de la moralité et de la volonté, tantôt d'un état délirant surajouté.

Dans le premier cas, nous pouvons ranger toutes les manifestations que l'on trouve au cours de l'excitation ébrieuse d'une part, de l'affaiblissement intellectuel de l'alcoolisme chronique d'autre part.

Au fond, la pathogénie est la même et les actes sont identiques. L'excitation ébrieuse met momentanément le sujet dans le même état d'esprit que l'intoxication chronique. Les facultés intellectuelles, morales et volontaires sont obscurcies dans un cas, abolies dans l'autre, mais absentes de part et d'autre au moment de l'acte. Momentanément obnubilé ou définitivement affaibli, le sujet passe immédiatement de l'idée à l'acte. La différence qui existe entre l'obnubilation passagère et l'affaiblissement définitif n'est qu'une différence de pronostic. Tandis que l'obnubilation disparaîtra, l'affaiblissement subsistera et le plus souvent progressera, mais au temps de l'action, l'état psychique aboutit à des réactions identiques.

Ceci même se vérifie chez les alcooliques chroniques. Chez le plus grand nombre d'entre eux l'affaiblissement psychique réel est difficile à évaluer, masqué par l'obnubilation due aux excès récents. Sevré d'alcool, le malade, dans les jours qui suivent l'internement, semble recouvrer une partie de ses facultés intellectuelles. Puis, cette régression apparente s'arrête en un point qui laisse le sujet au dessous de ce qu'il était lors d'un internement antérieur. Ce n'est pas l'affaiblissement intellectuel qui a régressé (ce serait d'ailleurs un non sens clinique, les facultés intelectuelles disparues ne pouvant renaître), c'est la confusion et l'obnubilation surajoutées, manifestations transitoires et curables, qui se sont dissipées.

Ce sont les mêmes réactions médico-légales dans l'excitation ébrieuse et dans l'alcoolisme chronique avec affaiblissement intellectuel. Les vols, grivèleries, outrages publics à la pudeur et attentats

aux mœurs traduisent l'amoralité, la spontanéité des désirs et l'absence du frein inhibiteur volontaire. Les outrages, les menaces, les coups, les violences, le bris de clôture, la dégradation d'objets d'utilité publique, l'incendie volontaire et l'homicide traduisent l'irritabilité, la brutalité et l'exaspération d'une sorte d'instinct destructeur que l'on trouve aussi bien chez les alcooliques chroniquement affaiblis que chez les ivrognes momentanément obnubilés. Tout au plus, chez ces derniers, trouve-t-on une plus grande spontanéité dans l'élaboration toujours courte de l'acte accompli.

Il faut ajouter que, très souvent, les délits et les crimes commis par les alcooliques chroniques le sont dans un état consécutif à des excès relatifs récents, état très voisin de l'excitation ébrieuse, sorte d'excitation latente que ne se manifeste pas à l'entourage parce que le malade, habitué à son poison, présente moins les signes extérieurs de son action.

Ces cas sont peut-être les plus fréquents et nombre des cas d'ivrognerie concernent une ivrognerie habituelle sur un fond d'intoxication chronique. Si la différence classique entre l'ivresse, épisode aigu et transitoire, et l'alcoolisme habituel reste vraie, il n'en est pas moins indispensable de tempérer cette proposition par la notion de l'association plus fréquente encore de l'ivresse accidentelle à l'alcoolisme habituel. Les exemples en sont nombreux dans la clinique médico-légale. Un de nos inculpés N...., âgé de 64 ans, expertisé par M. Dupré à l'occasion du vol d'une motte de beurre de dix kilogrammes qu'il pouvait difficilement utiliser, est un buveur d'habitude, sujet à des accès d'ivresse. Lorsque, le 30 juin 1909, N... a commis, en état d'ivresse, ce dernier vol qui le fit interner, il avait déjà à son actif dix internements, une évasion, trente et une entrées à l'Infirmerie Spéciale avec mise en liberté au bout de quelques jours d'observation et vingt-six condamnations se décomposant ainsi: huit pour outrages, six pour filouterie, cinq pour ivresse, deux pour vol, deux pour vagabondage, une pour mendicité, une pour rébellion et une pour coups et blessures.

De tels sujets qui présentent au cours de leur vie toutes les réactions médicales et judiciaires de l'alcoolisme chronique et de l'ivresse sont légion à Paris.

Les délires oniriques alcooliques, qu'il s'agisse de l'ivresse ou de l'alcoolisme subaigu sont identiques dans leurs réactions médico-légales. Il existe si peu de différence entre l'ivresse délirante et la poussée subaigue au cours de l'alcoolisme chronique que le diagnostic est presque impossible, au moment même de l'accès, sans l'anamnèse et les renseignements que donneront l'évolution. L'anamnèse apprendra que le sujet a ou non l'habitude de boire, l'évolution montrera la durée

brève ou un peu prolongée de l'accès, les caractères absolus ou relatifs de l'amnésie consécutive, la persistance ou non de signes d'intoxication chronique.

Le sujet une fois sevré, l'accès subaigu cède quelquefois au bout de vingt quatre heures quand il n'existe pas d'insuffisance hépatique ou rénale et si, dans l'alcoolisme subaigu, l'accès dure plus que dans l'ivresse délirante c'est précisément parceque l'intoxication chronique a créé ces insuffisances glandulaires. Quant à l'amnésie, s'il est vrai qu'elle soit habituellement plus complète dans l'ivresse, c'est là un symptôme inconstant ainsi que le prouvent les réminiscences fractionnées de ces malades (1). La psychose alcoolique subaigue peut d'ailleurs aussi s'accompagner d'amnésie totale (2).

Il ne nous reste alors dans ces cas que deux signes différents, tous deux étiologiques : l'anamnèse et les signes d'alcoolisme chronique, ce qui revient à dire que les deux processus étiologiques, massif ou continuel, peuvent aboutir au même résultat. L'alcoolique chronique qui fait un accès subaigu a le plus souvent, lui aussi, fait des excès récents plus abondants qui ont abouti au délire onirique.

Il est de nombreux cas où ce diagnostic entre l'ivresse délirante et le délire alcoolique subaigu est très difficile. Le malade C..., employé des postes, âgé de 23 ans, fut amené, à l'Asile-Clinique, venant de la prison de la Santé, le 26 Novembre 1906, à la suite d'une expertise de M. Vallon. Il s'agit ici d'un délire onirique pantophobique d'origine alcoolique, ivresse délirante ou délire alcoolique subaigu au cours de l'alcoolisme chronique. C..., névropathe et prédisposé, allant faire ses adieux à des amis avant son départ pour le régiment fit avec eux des libations nombreuses, apéritif avant le dîner, vin blanc pendant, café au rhum, grog au rhum, bière, liqueurs après le repas. C... but un peu de tout pendant les stations que firent les amis chez quatre marchands de vin successifs. Ils en firent tant que leurs excentricités, leur état gastrique, leurs altercations avec les autres consommateurs, les firent mettre à la porte de plusieurs débits. Seul C..., ayant un peu moins bu que les camarades se tenait bien tandis que les autres interpellaient les passants et cherchaient querelle à tout le monde. Il se décide à coucher chez l'un de ses amis avec lequel, à une heure avancée de la nuit, il prend une voiture pour rentrer. Tout-à-coup, C... croit remarquer que des apaches suivent la voiture. Il fait baisser la capote. Aux in-

(1) Pour De Smeth, l'amnésie totale et absolue était caractéristique de l'ivresse des dégénérés, qu'il dénommait ivresse pathologique.

(2) A. Delmas. Accès subaigu avec amnésie complète au cours de l'alcoolisme chronique. (Soc. de Psychiatrie de Paris mars 1910). *L'Encéphale*. 10 avril 1910.

terprétations et aux illusions, succèdent des hallucinations visuelles. Armés de révolvers et de couteaux, les apaches sont là qui le poursuivent et le menacent. La voiture s'arrête devant le domicile de son ami. C...., toujours poursuivi, fuit à travers les escaliers, se trompe d'étage, et est rabroué par des locataires effrayés et furieux d'être réveillés. Sa frayeur augmente d'autant; il cherche à s'évader par le toit, trouve ouverte au 6e étage la fenêtre de l'escalier, enlève ses souliers et son chapeau, s'arme d'un canif réclame de vin champagnisé qu'il a dans sa poche et marche, affolé sur le rebord en zinc du toit. Une fenêtre se présente à lui, il pénètre dans un logement inconnu et se cache entre deux meubles. Les locataires arrivent: une lutte a lieu pendant laquelle C... se sert de son canif, blesse plusieurs personnes dont l'une de quatorze coups de couteau. Une jeune fille, effrayée, tente de fuir par une fenêtre et vient s'abattre morte sur le sol. Chassé enfin de cet appartement, C... redescend l'escalier, pénètre dans un autre appartement où il fait, en courant, le tour de toutes les pièces en renversant tout sur son passage. Il se jette, tête baissée, dans la glace d'une armoire et la brise en morceaux, essuie un coup de révolver sans être atteint et se cache sous un lit d'où on le retire, ensanglanté et couvert de blessures, pour le remettre aux agents de police.

C'est bien là le type clinique d'une ivresse délirante onirique, hallucinatoire, survenue à l'occasion d'excès alcooliques massifs. Cependant, durant quatre mois, persista la croyance en la réalité du délire et, longtemps, des cauchemars nocturnes reproduisirent des scènes terrifiantes. L'anamnèse permit de se rendre compte aussi que si C..., d'ordinaire, buvait relativement peu, il était loin d'être abstinent ou même sobre et, deux ou trois fois par mois, se livrait à de petites « noces » avec excès de vin, (2 litres) bière (3 verres) et alcool (2 à 3 petits verres). Ces renseignements et l'évolution font donc penser aussi justement à du délire alcoolique subaigu chez un intoxiqué chronique. Les stigmates physiques, infantilisme et absence de moustaches, et psychiques expliquent l'intensité des réactions et le peu de résistance au toxique.

Donc, en même temps que la similitude clinique et médico-légale de ces délires oniriques hallucinatoires, qu'ils appartiennent à l'ivresse délirante ou à l'alcoolisme subaigu, nous apparaît la difficulté fréquente du diagnostic étiologique. Dans les deux cas, l'intoxication alcoolique en est la cause et l'ivresse elle-même pour accidentelle qu'elle soit, n'en survient pas moins fréquemment chez des buveurs d'habitude plus ou moins chroniquement intoxiqués.

Pour terminer ce tableau d'ensemble de la criminalité alcoolique, rappelons les réactions qui sont sous la dépendance du délire de jalou-

sie. Le délire jaloux est si fréquent chez les alcooliques qu'il doit toujours être recherché chez eux et que tout délire jaloux doit inciter à la recherche des symptômes et des accidents alcooliques (1).

On peut classer ainsi pour une étude médico-légale les réactions criminelles de l'alcoolisme.

* * *

Il est d'autres réactions de l'alcoolisme qui, pour ne pas rentrer dans le cadre de ce rapport « Alcoolisme et Criminalité » n'en doivent pas moins être citées rapidement ici à cause des incidents médico-légaux auxquels elles peuvent donner lieu. De ces réactions, l'auto-accusation alcoolique est la plus importante à cause de sa fréquence: « Quand un homme vient dire qu'il a tué quelqu'un sans que cela soit vrai, il y a quatre-vingt-dix-neuf chances sur cent pour que ce soit un alcoolique », disait Lasègue (2). L'étude de ce symptôme a été faite par M. Dupré (3) à l'un des Congrès précédents et nous n'y reviendrons pas ici. Le travail remarquable de M. Dupre contient de nombreux faits qui nous dispenseront d'une étude plus longue. L'auto-accusation est d'ailleurs analogue aux autres réactions du délire onirique hallucinatoire. Le délire reflétant souvent les préoccupations actuelles de l'esprit fait que l'alcoolique a tendance à s'occuper de crimes réellement commis et que les journaux ont conté à leurs lecteurs les jours précédents. L'accent de conviction du malade peut alors impressionner momentanément celui à qui il vient faire sa déposition auto-accusatrice. Il peut s'agir aussi d'hétéro-dénonciation.

M. Régis qui a publié un cas d'auto-dénonciation chez un alcoolique, a eu depuis l'occasion d'examiner le père du sujet pour hétéro-dénonciation calomnieuse d'origine alcoolique. Cette double observation que M. Régis doit prochainement publier est très démonstrative.

Parmi ces réactions de l'alcoolisme il faut aussi citer le suicide, à cause de sa fréquence et à cause des enquêtes auxquelles il peut donner lieu à l'occasion d'un décès inexplicable. C'est le plus souvent au cours d'un accès de délire onirique que le suicide ou la tentative de suicide se produit. Par crainte de supplices épouvantables, sur le point de tomber entre les mains des apaches qui le poursuivent, le malade préfère en finir et se tuer. La confusion fait que souvent la tentative mal calculée avorte. S.... voit tout-à-coup dans sa chambre une vingtaine d'individus qui veulent le jeter à l'eau. A une heure

---

(1) VILLERS *Le délire de la jalousie*. Soc. de méd. ment. de Belgique. 1899.

(2) LASÈGUE. *Des manifestations cérébrales de l'alcoolisme*. Etudes médicales. Tome II.

(3) E. DUPRÉ. *Les auto-accusateurs au point de vue médico légal*. Congrès des aliénistes et neurologistes. Grenoble, 1902.

du matin, il se lève pour aller se réfugier au commissariat de police. Il se voit poursuivi, des révolvers sont braqués sur lui. Il entend dire « S'il ne se tue pas, on va le tuer » et se donne des coups de rasoir dans la région cervicale.

C..., poursuivi par des assassins déguisés, dit-il, en sergents de ville, se jette sous un tramway. D... poursuivi, croit-il, par des individus qui menacent de le tuer, se précipite sous les roues d'une voiture. H..., dans les mêmes circonstances, se jette à trois reprises devant des automobiles qui passent. Ces quelques exemples font bien comprendre le suicide des alcooliques subaigus. Ils se tuent comme ils tuent, pour échapper aux ennemis hallucinatoires qui les poursuivent et les menacent.

Dans ce raptus pantophobique caractéristique, le malade peut se tuer dans un acte confusionnel, pris souvent à tort pour un suicide. Dans sa fuite éperdue, confus et désorienté, l'intoxiqué se précipite par la première issue qui se présente à lui. Quelquefois, c'est la fenêtre et le malade vient s'abattre sur le sol, non parcequ'il a voulu se tuer, mais parce qu'il a fui sans savoir où il allait. Ce faux suicide est relativement fréquent. -

Enfin, certains prédisposés, à l'occasion d'excès de boisson, font à chacun de ces excès une tentative de suicide, acte automatique, irraisonné, sous l'nfluence de l'excitation ébrieuse. Brière de Boismont considérait l'ivrognerie comme une cause fréquente de suicide et faisait déjà allusion à ces cas de suicide pendant l'ivresse. « La surexci-
« tation causée par l'ivresse peut déterminer tout-à-coup l'idée du
« suicide chez un homme qui n'y était aucunement enclin et qui,
« sauvé de la mort, n'en conserve pas de souvenir et se félicite d'avoir
« échappé à une aussi triste fin (1) ».

Une étude de la criminalité alcoolique qui ne comprendrait que les délits et les crimes directement en rapport et uniquement en rapport avec le toxique ne donnerait en réalité qu'une idée bien insuffisante encore de l'importance du rôle de l'alcool en Criminologie. Quelque impressionnante que soit déjà cette étude, elle ne comprend pas un grand nombre de crimes attribués à tort à d'autres causes et dans lesquels l'alcool, en réalité, a joué le rôle de cause déterminante.

Si, dans les prisons, on faisait une recherche systématique des symptômes et des antécédents alcooliques des prisonniers, on en trouverait bien peu qui ne sont pas marqués de cette tare. Les amoraux

(1) BRIERRE DE BOISMONT. Du suicide et de la folie suicide. Paris 1865, page 66.

constitutionnels, dont Lombroso avait voulu faire des « criminels-nés », sont très souvent des alcooliques et plus souvent encore des hérédo-alcooliques. Nous avons parlé antérieurement de l'importance de l'alcool en tant que facteur dégénératif. Toujours, ou presque toujours, ces dégénérés anormaux sont des produits de l'alcoolisme des ascendants.

L'importance de l'alcool dépasse de beaucoup celle des autres facteurs de la dégénérescence héréditaire, dans laquelle il met son cachet d'amoralité et de brutalité. Chez les hérédo-alcooliques, quel que soit leur niveau intellectuel et quels que soient leurs stigmates physiques, c'est la tare morale qui est le plus grand danger social. Elle s'accompagne en outre de l'appétence, héréditaire ou acquise, pour les boissons alcooliques qui augmente encore par l'amoralité acquise, secondaire à l'intoxication, la tare héréditaire. Ces amoraux forment la grande majorité des délinquants et des criminels.

A côté de ces condamnés, il en est d'autres, très nombreux, condamnés pour des délits ou des crimes commis pendant l'excitation ébrieuse à son premier degré. Ceux-là, sans intoxication alcoolique manifeste, sont condamnés pour des actes dont le cabaret est la cause et souvent le lieu. Ce sont tous ces actes qui emplissent les commissariats de police le samedi, le dimanche et le lundi, les veilles, jours et lendemains de fête, ou pendant certaines périodes de désœuvrement, les grèves, par exemple. Toutes les statistiques de tous les pays concordent et, nés ou commis au cabaret, ces actes sont le meilleur argument pour la limitation des débits de boisson et leur fermeture à certains jours par mesure de protection sociale.

Sans revenir ici sur la rareté des délits et des crimes dans les autres délires toxi-infectieux (infections, exo-intoxications, endo-intoxications), signalons que l'alcool peut se trouver associé à d'autres intoxications. Les insuffisances glandulaires, à prédominance hépato-rénale, qui résultent de l'usage prolongé de boissons alcooliques, mettent ces organes dans l'impossibilité de résister à d'autres atteintes et en font à leur tour des facteurs toxiques secondaires. L'alcoolique chronique atteint de pneumonie ou de fièvre typhoïde fera plus que quiconque des troubles confusionnels ou oniriques au cours desquels, si les circonstances le lui permettent, il pourra se livrer à des réactions médico-légales.

En outre, les exo-intoxications, par l'opium, la morphine, l'héroïne, la cocaïne, l'éther, le chloral, etc., sont, dans la plupart des cas, des polytoxicomanies. Le morphinomane est plus un toxicomane qu'un morphinomane; souvent il cherche dans les autres procédés l'excitation euphorique que la morphine à hautes doses ne lui donne plus.

La tare dégénérative qui préexiste dans la plupart des cas à l'intoxication, est aussi un élément de réaction rapide à l'alcool. Souvent aussi l'intoxication alcoolique est la première en date.

D..., âgé de 37 ans, observé par nous à l'Asile Sainte-Anne, voyageur de commerce pour vins et liqueurs, était depuis une quinzaine d'années un alcoolique chronique, buveur d'amers et d'absinthes. Atteint de gastrite alcoolique, puis d'ulcère de l'estomac, il prit de l'héroïne et de l'éther pour calmer ses douleurs. Insomnique, irritable, halluciné, jaloux, il faisait à sa femme une vie tellement épouvantable qu'elle le quitta en juin 1908.

Interné en septembre à l'asile de Dury-lès-Amiens, à l'occasion d'un accès d'excitation violente, il y resta pendant un mois et en sortit sevré de toxiques. Aussitôt sorti de l'asile, D... tenta de décider sa femme à reprendre la vie commune. Celle-ci, en guise de transition, consentit à dîner tous les soirs au restaurant avec lui et leur fils et lui promit de reprendre complètement sa place au foyer, s'il donnait pendant plusieurs mois la preuve de sa guérison. Quelques jours se passèrent, pendant lesquels D... se remit à boire de grandes quantités d'alcool et à prendre de l'héroïne. Il allait chaque soir attendre sa femme à la sortie de l'atelier où elle travaillait. Le dixième jour, lorsqu'il alla chercher sa femme pour dîner, il avait bu plusieurs absinthes.

Suppliée par lui de reprendre la vie commune, elle refusa de nouveau. Jaloux, il se mit alors en colère, sortit de sa poche un revolver et tira. La balle blessa légèrement au doigt la femme, qui fit dévier le coup. Arrêté aussitôt, D... fut interné à la suite d'une expertise de M. Vallon. A l'asile, sevré de toxiques, il se montra doux, affectueux pour les siens, épouvanté de l'acte qu'il avait commis et, après un séjour de quelques mois, fut rendu aux siens, qui le réclamaient.

Ce crime, par son étiologie, par la façon dont il fut commis, est cliniquement un crime alcoolique. Hors le cas où l'alcool, par son association, intervient dans le syndrome morbide, les toxicomanes ne présentent guère que des vols, abus de confiance ,escroqueries, filouteries tenant à la misère rapide due à l'impossibilité pour eux d'un travail régulier, et au besoin irrésistible qu'ils ont de leur toxique habituel.

L'épilepsie est le syndrome morbide peut-être le plus fréquemment associé à l'alcoolisme en médecine légale. Cliniquement, l'acte épileptique, soudain, brusque, injustifié, violent, brutal, mais totalement inconscient et amnésique, présente beaucoup de points de commun avec l'acte alcoolique. Si l'on ajoute qu'étiologiquement l'alcool et les manifestations comitiales se retrouvent assez souvent dans les an-

técédents personnels du sujet, on voit que dans un grand nombre de cas le diagnostic présente des difficultés. Étant donné que l'acte, antérieurement précédé, quelquefois accompagné de vertiges ou d'accidents convulsifs, est nettement épileptique, inconscient et amnésique, plusieurs questions se posent. On peut avoir affaire à une épilepsie tardive, tout entière alcoolique, ou à une épilepsie congénitale dont les symptômes ont été aggravés dans leur intensité et leur fréquence par l'intoxication alcoolique surajoutée. Dans les cas d'épilepsie conscient et mnésique, l'anamnèse seule permet le diagnostic. L'alcool est un grand convulsivant, les épilepsies alcooliques sont nombreuses et l'état mental des alcooliques chroniques est très voisin de celui des épileptiques. Les colères même de ces malades se présentent sous forme de décharges subites, analogues à la décharge motrice soudaine qu'est la crise convulsive. Cette parenté symptomatique n'a, dans un grand nombre de cas, d'autres raisons qu'une parenté étiologique, l'épilepsie congénitale étant souvent, elle-même, le résultat de l'alcoolisme paternel ou maternel.

L'*excitation maniaque* avec l'expansivité, l'euphorie, la logorrhée, la tendance dépensière, l'invitation facile qu'elle présente est souvent l'occasion d'excès alcooliques secondaires. A l'occasion d'un acte médico-légal commis sous cette influence, l'examen de l'expert décidera s'il s'agit d'une excitation symptomatique d'origine franchement alcoolique, ou d'excitation au cours d'un accès de psychose périodique.

Rappelons ici que pour Krafft-Ebing et Gilbert Ballet, les accès de dipsomanie ne sont autre chose que des accès de psychose périodique, équivalents de l'accès d'excitation maniaque. Au point de vue de l'appréciation médico-légale des faits, l'intoxication alcoolique est ici sous la dépendance de l'état psychique causal.

C'est surtout dans les périodes d'excitation au début ou au cours de la *paralysie générale* que se manifestent ces accidents alcooliques. Sous l'influence des excès alcooliques, le paralytique général perd cette bienveillance, cette docilité qui le caractérisent le plus souvent. Il se rend coupable de délits et de crimes, rapportés à tort à la médecine légale de la paralysie générale, et dont l'alcool est une fois de plus responsable. Le poison agit d'autant plus facilement et rapidement qu'il trouve le terrain préparé par le déficit intellectuel, moral et volontaire, dû à la méningo-encéphalite, et fait de ce dément doux et bon garçon, un impulsif et un violent. Là doit être cherchée, à notre avis, dans la plupart des cas, l'origine de l'irritabilité anormale et de la brutalité que rien n'explique, de certains paralytiques généraux.

Toutes les *démences* peuvent subir cette influence surajoutée, sans

parler ici de nouveau des alcooliques chroniques de longue date chez lesquels l'alcool est responsable de la démence et des lésions en foyer.

Dans toutes les psychoses, l'intervention de l'alcool se manifeste par les mêmes phénomènes, et dans les *délires de persécution*, hallucinatoires ou interprétatifs, c'est souvent lui qui arme le bras du malade. A l'occasion d'une discussion, un persécuté chronique, halluciné de l'ouïe et de la sensibilité générale, R..., marchand de vins et alcoolique, assomma sa femme à l'aide d'un petit seau qui se trouvait à portée de sa main.

III

SANCTIONS ET MESURES SOCIALES

CHAPITRE PREMIER

Sanctions médico-légales

Tels sont les faits. Quelles sanctions leur conviennent ?

La lutte défensive antialcoolique comprend des mesures de thérapeutique individuelle et des mesures de thérapeutique sociale. Ces dernières doivent viser en premier lieu les sanctions que comportent les faits que nous venons d'exposer succinctement; en second lieu, les mesures préventives de prophylaxie sociale.

En d'autres termes, il faut, d'une part, adopter des mesures de protection contre les alcooliques; d'autre part, dresser une barrière suffisante contre les progrès de jour en jour plus menaçants de l'alcoolisme. De tout cela, il a été beaucoup parlé dans tous les pays, mais les paroles n'ont que rarement été suivies d'actes. Et c'est ce qui justifie l'objet de ce rapport. Si quelques pays ont édicté des lois antialcooliques, d'autres, la Belgique et la France particulièrement, en sont restés, en ce qui concerne la lutte antialcoolique, à des projets de loi (1) ou à des lois inefficaces et rarement appliquées (2). Et ce n'est pourtant pas que les ravages du fléau y soient moindres qu'ailleurs. Loin de là, la consommation d'alcool par tête d'habitant a augmenté dans nos pays dans les proportions suivantes .

Consommation d'alcool par an et par tête d'habitant (en ramenant l'alcool à 50°) :

	1830	1850	1870	1808	1890	1900	1905	1909
France . .	2.24	4.26	5.38	7.70	9.12	8.99	6.96	—
Belgique (3).	2.96	6 20	11.52	9.21	9.29	9.37	5.78	5.50

(1) Projet de loi Dubief relatif au régime des aliénés. Art. 2. « Dans un délai de dix ans, les départements devront ouvrir des établissements spéciaux ou des sections spéciales destinées .. au traitement des buveurs. » Discuté et voté par la Chambre des Députés en janvier 1907.

(2) Loi du 23 janvier 1873 tendant à réprimer l'ivresse publique et à combattre les progrès de l'alcoolisme (France). Loi sur l'ivresse publique, 1887 (Belgique).

(3) Cette statistique ne comprend que les boissons distillées, bières et vins exclus.

Nous étudierons ici les différents moyens proposés ou réalisés pour la défense de la société contre les délits et les crimes alcooliques et contre les progrès de l'alcoolisme.

Devant l'importance manifeste du facteur alcoolique dans l'étiologie des délits et des crimes, il semblerait que la société ait dû se préoccuper de sanctions appropriées. En réalité, voici comment les choses se passent. A l'occasion d'un délit ou d'un crime alcoolique soumis à une expertise médico-légale, les experts concluent, suivant les cas, tantôt à l'irresponsabilité, tantôt à la responsabilité atténuée. Ces deux mesures aboutissent, la première à l'internement, la seconde à l'atténuation de la peine. Interné, l'alcoolique sera relaché, et devra l'être de par la loi, dès qu'il ne présentera plus de troubles mentaux de nature à troubler l'ordre public et la sûreté des personnes, ce qui ne tardera pas. L'atténuation de la peine, elle aussi, aura pour résultat l'application d'une courte peine et la libération rapide du condamné.

Légalement et médicalement, ces mesures sont mauvaises. Légalement, elles ne font pas une assez large part à l'intimidation ; médicalement, elles limitent trop le temps du traitement moral des buveurs d'habitude. Vis-à-vis de l'individu, elles sont insuffisantes, puisque dans un cas il est remis en liberté dès que disparaissent les troubles mentaux, insuffisamment éduqué pour ne plus boire. Dans l'autre cas, elles aboutissent à une condamnation, condamnation d'un acte reconnu morbide, puisque les experts ont conclu à une atténuation de la responsabilité et cette condamnation d'un acte d'ordre pathologique est singulièrement contradictoire.

En ce qui concerne la protection sociale, ces mesures sont tout à fait inefficaces. Dans un cas comme dans l'autre, sont rejetés dans la société, au bout d'un temps très court, des sujets qui ont prouvé leur appétence pour l'alcool et le danger de leurs réactions sous son influence. Une telle façon de procéder est de nature à multiplier le récidivisme. Les alcooliques, insuffisamment traités, insuffisamment maintenus isolés du milieu social, sont aussi dangereux lors de leur libération que lors de leur arrestation. Pour ceux qui sont internés dans des asiles ordinaires, où le travail n'est pas obligatoire, ils en sortent avec un précédent qui est souvent pour eux un brevet d'impunité et avec des habitudes de paresse qui, au dehors, faciliteront leur retour aux anciennes habitudes alcooliques. L'asile tel qu'il est compris leur apparaît comme un refuge pour les périodes où leur bourse est vide et la saison mauvaise. Le récidivisme et le parasitisme ne sont pas atteints par la collaboration médico-judiciaire actuelle et le

problème de la criminalité alcoolique se pose tous les jours, exigeant une solution prochaine.

Ainsi que l'a montré le professeur Gilbert Ballet (1), cette question de la responsabilité n'a servi qu'à reculer la solution des problèmes criminels soulevés par toute une catégorie de sujets dits à responsabilité atténuée, en fournissant aux médecins et aux magistrats une formule commode pour des cas difficiles. Cette formule, nous venons de voir à quels résultats elle aboutit.

« Au surplus, écrit M. Gilbert Ballet, l'article 64 (2) du Code pénal, en vertu duquel le médecin est invité à donner son avis, vise un point de fait, d'ordre exclusivement médical celui-là, non la question de responsabilité ; et c'est arbitrairement qu'on a pris l'habitude, contrairement à la lettre et à l'esprit de la loi, d'introduire cette question dans les ordonnances, les jugements à fin d'expertise ou les rapports médico-légaux (3). »

Dans la discussion qui suivit l'exposé du rapport du professeur Gilbert Ballet, le professeur agrégé Dupré déclara que, pour lui, l'expert devait se cantonner dans sa mission médicale, comprenant trois parties : le diagnostic, comprenant la détermination de l'état mental de l'inculpé et du rôle joué par les troubles psychiques dans l'accomplissement de l'acte ; le pronostic, consistant en l'appréciation médicale sur le récidivisme, ce que M. Dupré appelle le coefficient de faillibilité ; le traitement, indication des mesures de protection utiles à l'individu et à la société.

Cette façon de faire, à coup sûr beaucoup plus médicale, éclaire complètement le tribunal, dont le rôle est, s'il juge l'inculpé coupable, de décider la sanction qu'exige la protection de la société.

Si les choses se passaient ainsi, les lacunes que nous signalons plus haut apparaîtraient vite aux yeux des magistrats, et la nécessité des organismes qui manquent se ferait sentir si urgente à tous que leur création en serait accélérée. Et sans qu'il soit besoin de discuter sur la responsabilité, en présence de tous les éléments médicaux clairement exposés, le magistrat prononcerait son jugement.

De tous les cas médicaux envisagés dans ce rapport, il en est dans lesquels l'alcoolisme n'est que secondaire ; ce sont ceux dans lesquels l'alcoolisme a été surajouté à un autre état qui l'a déterminé.

---

(1) GILBERT BALLET. L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Genève et Lausanne, 1907.

(2) « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. » Code pénal, art. 64.

(3) GILBERT BALLET. Op. cit., page 35.

C'est ce qui a lieu, par exemple, dans l'intoxication alcoolique au cours d'un accès de manie ou d'un accès d'excitation au début de la paralysie générale. Ici, c'est l'affection causale qui doit être envisagée, puisque sans elle l'intoxication n'aurait pas existé. Les cas, assez graves, de dipsomanie comportent les mêmes conclusions. Dans les cas exceptionnels où l'ivresse aura été involontaire et inconsciente, comme celui cité page 39 de ce rapport, nous avons dit quelles conclusions judiciaires en résultent.

Envisageons donc les trois variétés de la criminalité alcoolique. Dans le délire onirique, qu'il appartienne à l'ivresse délirante ou aux psychoses aiguës de l'alcoolisme chronique, le caractère morbide, hallucinatoire de l'acte en fait un acte franchement pathologique auquel une condamnation ne saurait s'appliquer, pas plus qu'à une autre psychose hallucinatoire.

Le délire de jalousie des alcooliques, pas plus que les autres délires de jalousie ou de persécution, ne peut entraîner une condamnation pour un acte dont il est l'origine.

Restent à envisager les délits et les crimes commis au cours de l'excitation ébrieuse ou au cours de l'alcoolisme chronique avec affaiblissement intellectuel sans hallucinations ni délire. On ne peut admettre que l'excitation ébrieuse et l'affaiblissement intellectuel sont sans rapport avec l'acte commis. Ce serait un non sens clinique, l'excitation ébrieuse et l'affaiblissement intellectuel mettant l'individu sans éléments d'appréciation intellectuels, moraux et volontaires suffisants. Or, ces deux états d'excitation ébrieuse et d'affaiblissement psychique sont des états manifestement pathologiques. Dans ces conditions, c'est un acte morbide auquel une condamnation ne saurait s'appliquer.

Dans l'état actuel des choses, ces conclusions, les seules logiques, aboutiraient à l'envoi du sujet dans un asile d'aliénés. Nous avons dit plus haut les dangers de cette façon de procéder et en particulier de la libération trop hâtive du sujet. C'est là un point de vue purement médical qui ne tient aucun compte du côté social de la question. Or, en pareille matière, ce sont les nécessités de la défense sociale qui priment tout.

Il est d'autres raisons qui militent encore contre cette solution.

L'internement des alcooliques criminels, dont beaucoup sont des irritables et des violents chroniques, est préjudiciable au traitement des autres malades. Le mélange avec les autres malades rend difficile l'adoption pour les alcooliques des règles de discipline spéciales que toutes les expériences ont montré indispensables.

Il faut donc aux alcooliques criminels des établissements spéciaux dans lesquels ils seraient internés par mesure judiciaire. Ces établissements existent dans beaucoup de pays et sont prévus par la nouvelle loi votée en France par la Chambre des députés. A notre avis, les alcooliques criminels devraient tous être réunis dans une section spéciale des asiles de buveurs. Ainsi ne seraient pas mélangés à eux les buveurs non encore délinquants ou criminels, cependant avertis par ce voisinage des conséquences possibles de leur intempérance. De cette section spéciale, confiée à un médecin, on ne pourrait sortir que sur une ordonnance du magistrat et au bout d'un temps indéterminé. Lorsque, après plusieurs essais, le sujet aurait montré son incapacité de vivre au dehors et son récidivisme incorrigible, le tribunal pourrait prolonger de plus en plus le temps de traitement jugé nécessaire.

Asiles de buveurs

La cure des buveurs dans les asiles spéciaux est une conquête moderne de la thérapeutique. C'est en Suisse où il en existe douze actuellement, que ces asiles se sont développés d'abord (1).

Bien des préjugés règnent encore au sujet de la guérison des alcooliques. Bertillon (2) ne déclare-t-il pas, en effet, que « prêcher les ivrognes est une œuvre inutile » et que «qui a bu, boira » ? Les résultats favorables obtenus dans les asiles pour le traitement des buveurs ont été signalés par Thiry (3), Kraepelin (4), Forel et Mahaim (5), Legrain (6), Tilkowski (7), Sérieux (8), Schmidt (9), Colla (10).

De tels asiles sont organisés maintenant dans plusieurs nations. En Norwège même, le code pénal a été modifié et la loi du 31 mai

(1) *Annuaire antialcoolique*. Lausanne, 1910. (Av. Dapples, 24.)

(2) *L'alcoolisme et les moyens de le combattre jugés par l'expérience*. (Bibl. d'écon. sociale. Paris, Lecoffre, 1904.)

(3) Congrès internat. antialc. Bruxelles 1897 : Interdiction et collocation des alcoolisés.

(4) *Psychiatrie*. Leipzig, 1904.

(5) *Crimes et anomalies mentales constitutionnelles*. Paris, Alcan, 1902.

FOREL. Congrès pénitentiaire internat Budapest, 1905.

(6) 7ᵉ Congrès pénitent. de Budapest, 1905.

(7) TILKOWSKI. *Jahrbücher für Psychiatrie*, 1893. XII.

(8) *Bull. soc. de méd. ment. de Belg* , 1895.

(9) *Allg. Zeitsch. für Psychiat.* LVII, 92.

(10) *Die Trinkerversorgung unter dem bürgerlichem Gesetzbuche*, 1899.

1900 autorise le placement des alcooliques délinquants dans un asile de cure (Heil-Anstalt) pour un temps qui ne dépassera pas trois ans (Prins). De même, en Suisse, un avant-projet récent de Code pénal, voté déjà en première lecture par le canton de Lucerne, permet l'internement des buveurs. Le Conseil d'Etat d'Argovie et le Grand Conseil de Thurgovie ont élaboré des projets concernant l'internement des alcooliques. Toutefois, il n'existe encore rien de définitif en Suisse au point de vue légal (2).

Outre la Norwège, qui possède une loi définitive au sujet des alcooliques, l'Angleterre, les Etats-Unis, l'Etat de *New-South-Wales* (Nouvelle Galles du Sud), en Australie, la Nouvelle-Zélande, ont également reconnu l'inutilité du séjour passager des alcooliques délinquants dans les prisons. Ces pays ont constitué, sous le nom de *State Inebriates Reformatories*, des asiles spéciaux pour alcooliques (Prins). La sortie n'en est autorisée que sur promesse solennelle d'abstinence totale. On signale 30 à 50 % de guérisons (Koch).

Tous ceux qui ont sérieusement expérimenté les asiles de buveurs s'accordent à dire que, seule, une cure d'abstinence totale, prolongée de six mois à deux ans (Aschaffenburg) et plus, est capable de guérir l'alcoolique. La thérapeutique par le travail doit lui être appliquée méthodiquement et il faut éviter à tout prix que le buveur ne devienne à l'asile un inactif et un paresseux. Le travail y sera présenté sous forme attrayante et se rapprochera autant que possible des occupations antérieures du malade.

Dans l'organisation de l'asile de buveurs, il faut prévoir que le médecin et tout le personnel de l'établissement *doivent* être abstinents totaux. La tempérance du personnel est insuffisante pour obtenir des résultats.

On peut faire remarquer à ce propos que dans les prisons, les dépôts de mendicité, les établissements pénitentiaires et les instituts d'éducation préventive et corrective, il est important de soumettre tous les détenus au régime de l'abstinence totale des boissons alcooliques. Ce régime constitue pour eux une hygiène et une éducation par l'exemple, de la plus haute importance. Jamais dans les prisons, la bière, le vin ou les liqueurs ne devraient être donnés à titre de récompense (3).

Thiry, en 1897 (4), justifiait les asiles de buveurs au nom de la dé-

---

(1) PRINS. *Loc. cit.*
(2) *Ann. antialcoolique,* 1910 (cité).
(3) PAUL GARNIER. Congrès intern. pénit., Bruxelles 1900, vol. I, p. 405.
(4) Congrès antialcoolique international. Bruxelles, 1897.

fense sociale et voulait que le placement put y être fait 1° comme dans les asiles d'aliénés, par les autorités compétentes; 2° par le tribunal, aprèe le délit d'ivresse répété.

Thiry, et avec lui tous les auteurs qui se sont occupés de la question, insiste sur la nécessité du patronage du buveur pendant son séjour à l'asile et après sa sortie. Nous signalerons à ce propos combien il est regrettable de voir, dans certains pays, les patronages pour alcooliques soi-disant guéris, octroyer à ceux-ci des subsides, des secours en argent, lesquels servent en général à l'achat de boissons alcooliques.

Il est important de ne pas attendre, pour traiter l'alcoolique, qu'il ait commis un délit. Déjà l'ivresse habituelle dûment constatée pourrait motiver la comparution devant le juge et entraîner l'internement dans un établissement de cure.

Shaw (1), au nom de la défense sociale, se déclare partisan du traitement forcé des alcooliques dans l'asile spécial. Deux certificats médicaux devraient être exigés comme garantie.

Signalons ici le travail de Bleuler (2) qui a étudié les moyens de la mise en tutelle des buveurs criminels et de Vocke (3) qui traite à Eglfing les alcooliques de la ville de Munich. Ce dernier démontre que les frais nécessités pour leurs soins dans un grand asile d'aliénés plaident justement en faveur de la création d'asiles spéciaux.

A ceux, en effet, qui pourraient nous objecter les dépenses nouvelles occasionnées par la création des asiles spéciaux, nous pourrions répondre facilement. D'une part, les frais actuels d'entretien dans les asiles d'aliénés sont plus élevés qu'ils ne le seraient dans des asiles de buveurs, où le travail serait obligatoire; d'autre part, les frais de justice occasionnés perpétuellement par les alcooliques délinquants ou criminels viendraient à diminuer considérablement. Il ne faut pas perdre de vue non plus qu'il s'agit ici de la question importante de la défense sociale et qu'on éviterait, par les mesures proposées, la procréation de ces enfants d'alcooliques qui chargent si lourdement le budget des hôpitaux, des asiles et des prisons. C'est à leur propos qu'un sociologue scandinave, cité par Bourneville, disait : » Nous ne sommes pas assez riches, nous, pour permettre à tous ces

---

(1) The radical cure ; certification of inebriates. *Lancet*, 1908, p. 621.

(2) Zur Bevormundung verbrecherischer Trinker. (*Monatsch. f. Krimin. psychol.*, 1908, p. 51.)

(3) *Alkoholismus in München*, 1908.

dégénérés de vivre à leur guise, de commettre des délits et des crimes, d'être des nuisances sociales perpétuelles. Nous trouvons économique de les placer, dès que leur état anormal est constaté, dans des asiles spéciaux où nous les éduquons par le travail ».

CHAPITRE II

Mesures de défense et de prophylaxie sociales

1° *Enseignement antialcoolique.* — Il est certain que cet enseignement est utile, que l'influence dégénérative et criminogène de l'alcool doit être mise en lumière, que les préjugés concernant la valeur alimentaire et fortifiante des boissons alcooliques doivent être combattus. Il est à craindre toutefois qu'il ne porte guère de fruits si l'enfant, rentré chez lui, voit s'alcooliser ses parents, son entourage, si on l'alcoolise lui-même par la bière ou le vin et s'il voit boire l'instituteur qui lui a donné la leçon de morale antialcoolique. Les pays qui ont inscrit au programme légal des écoles, l'enseignement antialcoolique, et dans lesquels cet enseignement est bien donné, ont eu dès l'abord un fort noyau d'instituteurs abstinents (1), par exemple les Etats-Unis, le Canada, l'Angleterre, la Scandinavie, la Hollande.

En Suisse, en Belgique et en France, l'enseignement antialcoolique est organisé dans la plupart des écoles. Dans plusieurs pays, et la Belgique a donné l'exemple à ce point de vue, des sociétés sont organisées parmi les élèves des écoles. Les enfants prennent l'engagement solennel d'abstinence jusqu'à 21 ans. M. Robijns, inspecteur à Hasselt, a attaché son nom à ces sociétés en Belgique. Beaucoup de pédagogues sont opposés à cet engagement pris par de jeunes enfants. Il leur semble devoir donner des résultats douteux et avoir un caractère anti-éducatif (2).

Nous partageons, au sujet de la lutte antialcoolique à l'école, les idées de Boas (3), qui demande qu'on fasse le moins possible d'ensei-

---

(1) DENIS. Mesures prises depuis 20 ans dans les différents pays pour la propagation de la Tempérance par l'école. (Cong. intern. contre l'alcoolisme. Bruxelles, 1897, p. 132, vol. II.)

(2) Congrès antialc. internat. Bruxelles, 1897.

(3) Wil soll sich die Bekämpfung der Genussgifte in den breitesten Volksschichten gestalten ? (*Zeitsch. f. Krkpflege*, XXIX, n° 3. 1907.

Weiteres ueber Alkoholbekämpfung in Schulen. *Gesunde Jugend*, p. 134, 1907.

gnement «en forme» c'est à dire sous forme de leçons théoriques, mais que celui-ci revête plutôt le caractère occasionnel. L'exemple est l'enseignement le plus utile. Il faut, pratiquement, en des repas organisés à l'école, et aussi dans les cantines scolaires, dans les excursions, proscrire l'alcool sous toutes ses formes et apprendre aux enfants l'usage de l'eau, des tisanes, des infusions aromatiques, des limonades, du lait, du chocolat, des boissons maltées, toutes d'ailleurs adaptées au goût des jeunes sujets.

Les conférences aux parents des écoliers *(Elternabende)* peuvent jouer un grand rôle dans l'éducation antialcoolique du peuple. Bien des préjugés règnent encore au sujet de la valeur alimentaire et fortifiante des boissons alcooliques et, dans les ménages ouvriers, des dépenses relativement considérables sont faites, dans de très bonnes intentions, pour l'achat de ces boissons; l'éducation du peuple est à faire pour changer ces mauvaises habitudes et combattre ces préjugés.

2° *L'anti-alcoolisme à l'armée.* — Dans la plupart des pays, l'enseignement antialcoolique se continue à l'armée. Un travail intéressant de Flade (1), se basant sur la statistique criminelle militaire, prouve que les rébellions, le refus d'obéissance, les escapades, les désertions sont en général les suites directes de l'ivrognerie, souvent d'une simple ivresse passagère. Les suites de ces crimes et délits étant souvent très graves, il y a doublement intérêt à préserver le soldat contre l'alcoolisme. Outre la propagande par l'enseignement, il est certain que l'exemple est indispensable. L'interdiction de vendre de l'alcool dans les cantines, l'exemple donné par des officiers abstinents (Suède) constituent des moyens très efficaces.

A notre époque où, comme l'a démontré très clairement le commandant Fastrez (2), la valeur *individuelle* du soldat acquiert une importance si grande, toute action, comme celle de l'alcool, qui paralyse le contrôle et l'inhibition personnels, est à éviter.

3° *Le monopole* de la fabrication de l'alcool et de sa vente en gros et en détail est appliqué en Russie depuis 1894. Il a été préconisé comme moyen de lutter contre l'alcoolisme. Le cabaretier devient fonctionnaire. Ce système ne semble pas avoir donné de grands résultats, si ce n'est pour remplir les caisses du fisc. L'Etat a ainsi une situation très singulière, vendant lui-même le poison et ouvrant des asiles et des prisons pour en recueillir les victimes.

---

(1) Was erhoffen wir von unseren Armee im Kampfe gegen den Alkoholismus. (*Der Alkoholismus*, 1906.)

(2) Ct Fastrez, docteur en sciences sociales : Ce qu'est la guerre aujourd'hui et ce que doit être l'armée. (*Bull. Instit. Sociologie Solvay.*) Bruxelles, janvier 1910. p. 30.

Un des dangers du monopole, fréquemment signalé, c'est que l'Etat peut être amené, pour augmenter ses ressources immédiates, à favoriser la consommation de l'alcool. Le monopole suisse, entre autres, a été vigoureusement attaqué à ce sujet (1). Toutefois, lorsque le monopole est entrepris avec l'intention de provoquer une diminution de la consommation, lorsque la loi fixe un maximum de fabrication permise, il peut faire tendre à une diminution de la consommation.

Ces résultats ont été acquis en Suisse, où le monopole a provoqué une baisse de la consommation des boissons distillées (2). Toutefois, dans ce pays, on a commis l'erreur d'autoriser la distillation du vin et de certains fruits et baies, de sorte que cela prête à des abus et à des erreurs d'appréciation : il y a là quelque chose d'analogue au dangereux privilège des bouilleurs de crû.

Malgré la diminution de la consommation, le fisc a eu grand intérêt au monopole en Suisse. Il est à remarquer toutefois que les facilités données au commerce du vin et de la bière font qu'on s'alcoolise autant maintenant en Suisse qu'il y a vingt ans (Hercod). La consommation de ces boissons « hygiéniques » a, en effet, augmenté considérablement, amenant même le taux de la consommation alcoolique totale à un niveau supérieur à celui qui précède l'introduction du monopole (10 % de plus).

Cela juge le monopole en tant que procédé de lutte antialcoolique.

4° *Système norwégien* (dit aussi scandinave ou de Gothembourg). — Il est basé sur le principe de la lutte contre le cabaret. L'Etat a le *monopole de la vente au détail* et délivre l'autorisation à certaines sociétés de vendre l'alcool dans les débits. Ces sociétés peuvent restreindre l'ouverture des débits à leur gré. Il ne leur est pas permis de retirer plus de 5 % d'intérêt du capital engagé, le surplus allant à des œuvres humanitaires et philanthropiques. On supprime avec ce système *l'intérêt du cabaretier* à vendre de l'alcool.

Les débits sont fermés du samedi soir au lundi matin en Norwège.

5° *L'option locale.* — C'est le droit reconnu à une ville, une commune, une province, de légiférer à sa guise en matière de débits de boissons. Les autorités ferment en général les débits le dimanche et les jours fériés; elles le font en cas d'émeute ou de grève (Stock

---

(1) Carton de Wiart. Congrès nat. belge antialc. de Liége, 1905, p. 165.
(2) *Guide de l'Anti-alcoolique en Suisse.* Lausanne, 1905. pp. 7 à 10 et 65 à 70.

holm); aux Etats-Unis, l'option locale a surtout servi à faire la prohibition totale des boissons alcooliques.

Dans nos pays, l'option locale devrait être accordée aux *colonies d'aliénés*, dans lesquelles on vend malheureusement de l'alcool.

6° *Prohibition.* — Elle est la conséquence à peu près fatale de l'extension de l'option locale. Les Etats du sud des Etats-Unis sont en grand nombre prohibitionnistes et sont arrivés à cette législation sans secousse ni violence, par l'intermédiaire de l'option locale (1).

En Europe, l'Islande et la Finlande ont voté la prohibition totale des boissons alcooliques. Le roi de Danemark a signé la loi prohibant l'alcool en Islande, le tsar a refusé sa sanction à la loi finlandaise.

Il est intéressant de constater que la prohibition se fait surtout dans les pays qui reconnaissent le droit de vote des femmes (2). C'est évidemment la femme qui est, dans la famille, la première victime de l'alcool. Crocq (père) (3) estimait que le suffrage des femmes est l'unique moyen de résoudre promptement la question de 'alcoolisme.

Signalons encore la prohibition de l'absinthe votée en Belgique en 1905, en Suisse en 1908. Ces lois n'ont peut-être pas d'influence très marquée dans ces pays, où la consommation de l'absinthe n'était pas très considérable, mais elles constituent la mise en pratique d'un principe important en matière antialcoolique.

La Suède a instauré brusquement, en août 1909, la prohibition temporaire et totale des boissons alcooliques, à l'occasion de la grève générale proclamée dans ce pays. Les esprits étaient très montés de part et d'autre et le gouvernement a pris la sage mesure de faire fermer tous les cabarets et d'interdire sévèrement le commerce des liqueurs, vins et bières. Nous parlerons plus loin des résultats de cette mesure.

---

(1) La documentation la plus récente au sujet de la prohibition alcoolique est donnée dans les travaux suivants :

Laquer. Trunksucht und Temperenz in die Vereinigte Staaten. *Grenzfr. des Nerven- und Seelenlebens*, n° 34, Wiesbaden, 1905.

Chaboseau. La législation antialcoolique aux Etats-Unis : Documents du *Progrès* (Masson), janvier 1910.

Ursin. L'interdiction légale de l'alcool en Finlande : Documents du *Progrès*, janvier 1910.

Wilson. *American Prohibition Year Book.* Chicago, 1909-1910.

Matti Helenius. *Über das Alkohol Verbot in den Vereinigten Staaten.* Fischer, Jena, 1910.

von Koch. *Rusdrycks förbud.* Studien av. Amerikansk Nykterhetsrörelse och rusdryckslagstiftning. Stockholm, 1910.

(2) L. Frank. *La femme contre l'alcool.* Bruxelles 1897.

(3) Commission du Sénat belge, 17 nov. 1892.

La suppression des boissons alcooliques, par l'option locale ou la prohibition d'Etat, n'est pas seulement un procédé de défense antialcoolique, elle nous permet aussi de mieux juger l'influence de l'alcool sur divers phénomènes sociaux, entre autres la criminalité.

Cette influence a dû être examinée, en effet, par tous les statisticiens, par la méthode de *concordance*, souvent critiquée et qui a pu sembler à certains un peu simpliste, malgré les constatations multiples faites dans tous les pays.

La suppression, pendant une période connue, de toute boisson alcoolique, nous permet d'apprécier le phénomène par la méthode des variations concomitantes; nous constatons que la suppression, même temporaire, de l'alcool a été suivie immédiatement d'une diminution de la criminalité.

Dans l'Etat du Maine, prohibitionniste, le nombre de détenus était, en 1904, de 70 pour 100,000 habitants. Il était de 187.2 dans le Massachusetts, non prohibitionniste, et de 121.6 pour l'ensemble des Etats-Unis.

En la même année 1904, le délit d'ivresse, cependant plus sévèrement puni dans les Etats prohibitionnistes, était de 120 dans le Maine et de 2,110 dans le Massachusetts.

Que la fraude existe dans les Etats prohibitionnistes, c'est probable. La loi de prohibition n'est pas plus respectée d'une façon absolue que ne le sont les autres lois, mais il est clair cependant que la prohibition a sur divers phénomènes sociaux, dont la criminalité, une influence des plus favorables.

La statistique de police suivante provient de l'Etat du Nord Dakota :

Arrestations policières en ville.

	9 mois avant la prohibition			
	Ivresse	Batailles Coups	Autres causes	Total des arrestations
Six petites villes	319	223	192	734
Sept grandes villes	1492	535	1545	3572

	9 mois après la prohibition			
	Ivresse	Batailles Coups	Autres causes	Total des arrestations
Les mêmes six petites villes	66	60	108	234
Les mêmes sept grandes villes	302	435	699	1436

L'influence des mesures restrictives est très nette encore dans l'Etat de Birmingham. De janvier à août, pendant les années 1906, 1907 et 1908, on constate les chiffres suivants pour la criminalité (prohibition en 1908) :

	Ivresse	Outrages aux mœurs	Coups et blessures	Meurtres	Mendicité	Batailles conjugales	Vol	Jeu	Vagabondag
1906.......	1277	1147	792	56	31	57	653	479	361
1907.......	1434	912	738	65	17	83	618	441	398
1908.......	396	602	463	29	2	47	537	271	267

Dans le même Etat de Birmingham, une grève ouvrière de deux mois de durée s'étant produite en 1908 a amené six cas de mort d'homme dans des conflits, alors que lors des grèves précédentes analogues, il y eut chaque fois une centaine de tués (Koch, loc. cit.).

L'abandon des mesures prohibitives provoque immédiatement la recrudescencee de la criminalité. L'Etat de New-Hampshire, après une période de prohibition, ayant repris le régime de la licence, a vu la population de ses asiles de correction augmenter dans les proportions suivantes :

1902	1903	1904	1905	[illegible]
—	—	—	—	—
Dernière année de non-licence	1re année de licence	2e année de licence	3e année de licence	4e année de licence
473	838	1,337	1,637	2,181

Les résultats obtenus par la prohibition del'alcool pendant la dernière grève générale suédoise, sont aussi très intéressants. Ils sont consignés dans la statistique mensuelle de la ville de Stockholm (1), qui est un modèle du genre, et qui comporte une traduction en français des termes suédois.

A l'occasion de cette grève générale, l'alcool a été interdit du 4 au 31 août 1909; cette mesure a donné immédiatement une allure particulière de calme au conflit. L'influence de l'interdiction de l'alcool sur le nombre des délits et des crimes ressort du tableau suivant :

---

(1) *Statistik Manadsskrift utgifven af Stockholms Stads Statistika Kontor* (Augusti September 1909) (Beckmans Boktryckerei Stockholm).

	Août 1908	Sept. 1908	**Août 1909**	Sept. 1909
I. *Délits d'ivresse*				
	1549	1581	**168**	1650
II. *Crimes et délits*				
Total des délits et crimes...	580	478	**268**	528
Violences envers l'autorité..	16	21	**9**	32
Assassinats	34	15	**12**	25
Vols	412	376	**196**	371

(C'est du 4 au 31 août 1909 que l'alcool a été interdit.)

Cette expérience sociale est des plus importantes et nous montre bien le rôle joué par l'alcool comme agent immédiat de la criminalité.

Nous voyons, en effet, la suppression de la vente de l'alcool faire diminuer considérablement les crimes en général, et le régime de la consommation, en septembre 1909, faire remonter le taux de la criminalité aux chiffres habituels.

Cette expérience est très démonstrative, il est notoire, en effet, qu'en temps de grève, et surtout de grève générale, la criminalité a [illegible] tendance à s'accroitre, spécialement le vol, les attentats contre les personnes et les rébellions contre l'autorité.

Le champ d'expérience le plus étendu et le plus fructueux au sujet des mesures sociales prises contre l'alcoolisme est toutefois constitué actuellement par les Etats-Unis d'Amérique. Nous y trouvons, en effet, réalisés tous les systèmes : le monopole, le droit de licence élevé, la limitation des cabarets, leur fermeture à certains jours, leur concentration dans un quartier de la ville (1), l'option locale, la prohibition. Nous y assistons aussi à la lutte entre le capitalisme alcoolique, d'une puissance considérable, et le « parti abstinent », qui mène une propagande enthousiaste et inlassable.

Ce n'est pas la place ici de juger en détail tous ces systèmes législatifs. Nous nous bornons à les signaler en constatant que toutes les mesures sociales ayant eu pour résultat réel de rendre l'achat d'alcool impossible ou difficile ont fait diminuer immédiatement le taux de la criminalité. Parmi ces mesures, il en est une cependant qui semble ne donner que des résultats illusoires, c'est le monopole. La seule me-

---

(1) A Minneapolis, voir plan de la ville dans le travail de Koch (*loc. cit.*), p. 299.

sure vraiment efficace, et les documents que nous rapportons sont démonstratifs à cet égard, est la prohibition absolue de la fabrication et de la vente de l'alcool, exception faite des usages industriels et médicamenteux.

C'est en éduquant les enfants et les adultes, à l'école, au régiment et dans les groupements antialcooliques, que l'on hâtera l'adoption de cette mesure d'hygiène sociale.

VI

CONCLUSIONS

L'alcoolisme est un des facteurs principaux de la criminalité. Les expériences sociales de suppression temporaire ou définitive des boissons alcooliques et la chute immédiate et concomitante au taux de la criminalité en ont fourni dans ces dernières années la preuve définitive.

Les mesures médicales et judiciaires actuelles, contre la criminalité alcoolique, internement dans un asile d'aliénés ou condamnation à une courte peine, sont des mesures mauvaises, insuffisantes et dangereuses. La condamnation pour un délit ou un crime commis sous des mobiles pathologiques ne saurait en aucune façon être admise. L'internement suivant le mode ordinaire dans un asile d'aliénés est un procédé de traitement insuffisant pour les buveurs. La courte peine et l'internement, ainsi compris, sont des mesures de défense inefficaces pour la société, à laquelle sont rendus sans contrôle, à l'expiration de leur peine ou après un traitement trop court, des individus non guéris et dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes.

Les alcooliques délinquants et criminels doivent être internés par mesure judiciaire dans des sections spéciales annexées aux asiles de buveurs et soumis aux mêmes règles d'abstinence et de travail. La durée de l'internement doit être limitée, non par la gravité de l'acte commis, mais par la marche de la maladie et l'influence plus ou moins favorable de la thérapeutique.

Parmi les mesures sociales préconisées contre l'alcoolisme, seule la prohibition de l'alcool a donné des résultats véritablement utiles. Son adoption doit être préparée par l'éducation du peuple à l'école, au régiment et dans les sociétés antialcooliques.

TABLE DES MATIÈRES

TRAVAUX ORIGINAUX

L'organisation actuelle des colonies familiales d'aliénés en France

par le Dr A. Rodiet
Directeur-médecin de la colonie familiale de Dun-sur-Auron

—

Pour étudier l'assistance familiale, ses avantages et ses inconvénients, il faut suivre le malade à son arrivée et pendant son séjour à la colonie. Notre description de l'existence des malades placés en famille, concernera surtout les femmes qui sont à la colonie de Dun-sur-Auron (Cher). L'installation de cette colonie est antérieure à celle de la colonie familiale des hommes d'Ainay-le-Château (Allier). Elle a été fondée en 1893 par le Dr Marie. C'est à son successeur, le Dr Truelle que revient le mérite d'avoir complété l'organisation de cette colonie, de l'avoir développée et d'avoir transformé une expérience en institution. Les malades assistées à Dun sont maintenant au nombre de 960 femmes. Elles ont toutes été choisies parmi les aliénées hospitalisées dans les asiles des environs de Paris, ou parmi les malades assistées dans les établissements de province, au compte du département de la Seine. Sauf quelques détails sans importance, la vie des malades est la même à la colonie de femmes de Dun-sur-Auron et à la colonie des hommes d'Ainay-le-Château.

Arrivée du malade a la colonie

A son arrivée à Dun, la nouvelle pensionnaire est photographiée, pesée et examinée par les médecins de la colonie. Ce premier examen est assez rapide. Les malades qui viennent de province ont parfois voyagé toute la nuit, ou bien si elles viennent des asiles de la Seine, elles sont parties de bonne heure. Il faut donc que cette première observation soit rapidement faite pour ne pas fatiguer davantage la nouvelle arrivée, déjà désorientée par le voyage et le changement de milieu et de visage. Parfois, dès son entrée, la malade se montre indocile, irritable, agitée. Souvent, à l'occasion du changement de costume, on peut se rendre compte de la rapidité d'adaptation de la pensionnaire à son nouveau milieu et de l'activité de son délire. Une malade qui refuse d'échanger ses propres vêtements contre ceux de la colonie est d'ordinaire une délirante très active qui s'imagine qu'on veut lui voler ses effets et son adaptation au placement familial sera lente et difficile. Le lendemain de l'arri-

vée, certificat de vingt-quatre heures, examen physique au lit, analyse des urines. Après observation de son état physique et mental, la malade est placée chez les nourriciers avec lesquels son caractère, sa profession et ses goûts paraissent devoir le mieux s'accorder. Parfois, l'observation doit être prolongée pendant plusieurs jours.

Troublées par ce brusque passage de l'internement à une liberté presque complète, certaines malades mettent quelques temps à se ressaisir. L'observation suivante est un exemple de cette difficulté d'adaptation au milieu familial.

Observation I. — Mlle D., Clara, 56 ans, modiste, entrée à la colonie le 28 juillet 1909, a été internée en 1905 à Sainte-Anne.

Le certificat d'entrée porte la mention suivante : « Exaltation, ma-
» niaque avec hallucinations, idées de persécution, craintes d'empoison-
» nement, loquacité, actes et propos désordonnés, contusions multiples. »

Transférée dans un asile de province, elle était calme, mais très délirante. Elle réclamait sans cesse sa liberté pour faire valoir ses droits à de grandes propriétés qu'elle s'imagine posséder en Allemagne (la malade est allemande).

Dès son arrivée à la colonie, Mlle D. se montre agressive et hautaine. Elle refuse de mettre les vêtements composant le trousseau, pour remplacer son costume. Elle n'accepte de changer ses vêtements qu'à la condition de confectionner elle-même sa robe.

Dès lors, elle s'habille d'une façon excentrique, portant en guise de chapeau, une casquette à longue visière plate, et enroulant autour du pince-nez dont elle se sert constamment, une mèche de ses cheveux. Toute son attitude exprime le dédain et l'arrogance. Elle injurie ses nourriciers et sa compagne et s'arme un jour d'une fourche pour frapper sa nourricière.

Bref, cette femme qui est une persécutée avec idées de grandeur, et avec hallucinations, réagissait trop vivement à son état hallucinatoire pour vivre en colonie familiale. Elle a été réintégrée dans un asile fermé. Dès son entrée, son refus de revêtir des vêtements qui, dans son esprit, ne correspondaient pas à sa haute situation, avaient fait prévoir ce dénouement.

Quelques malades internées, parfois quinze à vingt ans, sont tellement habituées à la discipline des asiles que, dès le lendemain de leur arrivée, elles se lèvent à 5 heures du matin et se mettent à nettoyer le dortoir et à faire leur lit. Parmi celles qui arrivent des asiles de la Seine, plusieurs témoignent quelque dédain à l'égard de la campagne. « Elles sont trop loin de Paris », disent-elles. D'autres pleurent en voyant repartir leurs infirmières, mais ces impressions sont vite effacées pour faire place à la joie d'être plus libre.

Observation II. — Mme B., Alice-Joséphine, est atteinte « d'affaiblis-
» sement intellectuel avec interprétations délirantes, illusions, halluci-
» nations auditives, troubles de la sensibilité générale, néologismes, idées
» incohérentes de satisfaction, vagues préoccupations hypocondriaques,
» excès alcooliques anciens ».

Elle entre à la colonie le 20 décembre 1909, venant de l'asile de Maison Blanche. Cette femme semble très attachée aux infirmières qui l'ont amenée. Elle les voit partir avec regret, nous disant : « J'ai peur de ne » pas pouvoir m'habituer ici, car je n'ai jamais quitté Paris et je déteste » la campagne. »

Elle est désignée pour un bon placement aux Bourdelins, à 20 kilomètres de Dun. Le 15 janvier 1910, la malade a tout à fait changé de langage et d'allure. Elle va aux champs avec sa nourricière et aide celle-ci à faire la cuisine. Elle prend ses repas à la même table que ses hôtes, et se déclare très satisfaite de son changement de vie.

Chez cette malade, l'adaptation à un nouveau milieu a été très rapide.

La plupart de nos malades, à leur arrivée à la colonie, sont étonnées de pouvoir aller et venir sans rencontrer à chaque instant une porte fermée. Les premiers jours, cet étonnement est tel qu'elles n'osent pas sortir. De même qu'à l'asile, elles se tiennent pressées l'une contre l'autre dans la cour des infirmeries et hésitent à aller jusque dans le jardin qui est toujours ouvert. Une nouvelle arrivée qui demandait la permission d'aller en ville pour acheter des cartes postales et à qui on disait : « Ne rentrez qu'à l'heure du déjeuner », paraissait stupéfaite qu'on puisse lui témoigner une pareille confiance.

Adaptation du malade a son milieu et importance d'un placement bien choisi

Si, d'ordinaire, les malades entrantes accompagnent volontiers leur nourricière, lorsqu'elle vient les chercher, il arrive aussi que certaines malades, surtout parmi les démentes précoces, refusent de suivre la femme chez qui elles doivent être placées. Cette première résistance n'est pas difficile à vaincre d'ordinaire, et la connaissance faite, l'adaptation au nouveau milieu est rapide.

Pour un grand nombre de malades ayant des enfants, c'est l'enfant des nourriciers qui sert de trait d'union. Avec le réveil des sentiments affectifs, une amélioration du caractère se produit. Nous pourrions citer à ce sujet plusieurs observations. A d'autres, au contraire, il faut un milieu plus calme, un placement sans enfant. Le malade délirant et halluciné ne peut pas être placé facilement aussitôt son arrivée. A peine débarqué, il proteste contre son internement et réclame sa liberté. Il se demande pourquoi on veut l'introduire dans une famille étrangère. Après plusieurs jours passés à la colonie, lorsque le médecin a su imposer son autorité, il confie cet aliéné difficile à acclimater à un nourricier intelligent et sûr. Du choix de ce premier placement dépend souvent l'adaptation plus ou moins prompte du pensionnaire à la colonie. Il faut que le nourricier sache gagner la confiance du malade et le faire patienter pour qu'il s'habitue peu à peu à sa nouvelle vie. Après la première semaine

écoulée et l'habitude prise, on assiste chez ces malades délirants et hallucinés à une évolution lente, mais continue, bien décrite par M. Lwoff (1) : « Le malade proteste d'abord, dit-il, contre l'internement qu'il considère comme une séquestration et contre les nourriciers qu'il refuse de fréquenter. Il lui semble qu'il est tombé là chez des ennemis et qu'il est menacé par tous ces inconnus qu'il croise dans la rue. Mais après quelques jours, il s'aperçoit que rien n'est changé; il subit les mêmes hallucinations. Les mêmes voix lui parlent, l'insultent, le menacent. Il éprouve les mêmes troubles de la sensibilité générale qu'avant son arrivée à la colonie. Isolé du monde extérieur, et sans avoir besoin d'aliments psychiques venant du dehors pour nourrir son délire; il vit comme une chrysalide dans sa coque. Il a transporté dans son nouveau domicile toutes ses conceptions délirantes, toutes ses sensations imaginaires et il continue son existence pathologique comme autrefois chez lui, puis à l'asile. Tout ce qu'il demande à son entourage, c'est une sorte de neutralité bienveillante vis-à-vis de son délire et de sa personnalité nouvelle. »

Quant au malade qui présente des idées de suicide ou a commis une tentative de suicide, sa façon de réagir en présence de la nouvelle vie qui lui est faite n'est pas toujours la même à la sortie de l'asile. Les deux observations suivantes concernant deux femmes arrivées à Dun en 1909, en sont le meilleur exemple.

Observation III. — Mme L., après quelques jours d'observation à l'infirmerie, est placée chez la femme d'un ancien greffier. Elle a été conduite à la colonie sur la demande de sa famille. Elle a fait deux tentatives de suicide. Internée pendant cinq ans à l'asile de Moisselles, elle est encore actuellement très troublée, refuse parfois de s'alimenter, de se laisser peigner, de se lever et demande qu'on la laisse mourir. Pour éviter une nouvelle tentative de suicide, il faut une surveillance constante. Si, pendant ces périodes, on la fait revenir à l'infirmerie de la colonie, son anxiété s'accroît, mais elle demande avec insistance à retourner chez la nourricière. Rendue à celle-ci qui, du reste, est une excellente garde-malade, son état s'améliore; elle s'alimente, est moins triste, moins inquiète et se montre affectueuse et reconnaissante jusqu'à une nouvelle crise. La terreur de l'asile et de l'infirmerie est le seul moyen de contrainte morale qui agisse sur cette malade. Elle aurait sans aucun doute réalisé ses projets de suicide si elle n'était confiée à une nourricière dévouée, intelligente et douce à qui elle s'est attachée.

A d'autres malades, le changement de milieu, le voyage, l'absence de murs, d'infirmières et la sensation de la liberté donne un nouvel accès de délire avec impulsions au suicide. L'observation suivante est le meilleur exemple qu'on puisse citer.

(1) Dr Lwoff. Rapport au Préfet de la Seine, 1903.

Observation IV. — Mme R., Angèle, ménagère, 56 ans, est entrée à la colonie le 21 août 1909 par transfert de l'asile de Beauregard.

Cette malade avait jadis présenté un accès de dépression mélancolique avec illusions, découragements, idées de suicide et dégoût de la vie.

Très calme depuis plusieurs années à l'asile de Beauregard où elle était internée, cette femme demandait avec instance à venir à la colonie. Elle avait fait un premier séjour de deux mois, à Dun-sur-Auron, en 1904. Ce séjour avait été interrompu par un accès mélancolique avec impulsions au suicide. Depuis cette époque, la malade n'avait présenté aucun délire.

Peu de temps après son arrivée à la colonie, elle a été reprise d'un nouvel accès mélancolique accompagné d'ailleurs de conscience, car la malade vint elle-même faire part au médecin du trouble mental qui l'obsédait, demandant son transfert dans un asile fermé pour être protégée contre elle-même. Elle fit même une tentative de suicide, la veille de sa réintégration à l'asile de Beauregard, essayant de se jeter par la fenêtre du dortoir.

Ces malades sont troublées dès leur arrivée, par ce passage sans transition de l'internement à une liberté presque absolue. Suivant l'expression du Dr Lwoff : « Ces malades font penser aux matelots qui, après avoir passé des mois sur un navire, éprouvent au contact du sol ferme une sorte de vertige. » C'est pour eux surtout, après observation prolongée à l'infirmerie de la colonie, qu'il faut choisir le placement qu'il convient.

Souvent deux malades entrées après transfert du même asile demandent à être placées ensemble. Ce désir est toujours satisfait. Les deux pensionnaires s'aident l'une et l'autre à s'acclimater. Le plus souvent, ainsi que nous en citons plusieurs exemples, nous associons une malade consciente et active avec une malade apathique et inerte. Cette méthode est suivie d'ordinaire d'une amélioration dans l'état des deux pensionnaires.

Observation V. — Mlle B., institutrice, est conduite à la colonie le 20 juillet 1909, venant de l'asile de Maison-Blanche où elle a été internée avec le certificat suivant : « Délire mélancolique avec hallucinations, » idées mystiques et de persécution, frayeurs, cris, excitation, insomnie. »

En arrivant à la colonie, la malade raconte elle-même son histoire. Il y a un an, en passant sur le boulevard Saint-Denis, elle vit afficher une conférence où elle entra. En sortant, on lui présenta plusieurs cartes pour des séances de spiritisme. Elle était malade déjà depuis quelque temps, dormait mal, avait des cauchemars. Elle assista, dit-elle, à trois séances de spiritisme et ne sait pas exactement ce qu'elle a vu. En rentrant chez elle, elle a été saisie de peur : elle voyait blanc, elle a cru que c'était des esprits. Elle n'a pas voulu coucher chez elle, elle avait peur. Elle était alors très agitée. Elle croyait que l'esprit de son père la travaillait.

Ayant conscience qu'elle était malade, elle demanda elle-même à entrer dans un hôpital et de là fut conduite à Sainte-Anne, puis à Maison-Blanche.

Dès son arrivée à la colonie, cette femme qui est fort instruite, demande à s'occuper. Nous la persuadons que la meilleure besogne serait pour elle de se dévouer à une de ses compagnes. Elle est placée avec une malade qui, depuis de longues années, ne témoigne plus aucun sentiment affectif et demeure immobile sur une chaise, dans un coin de sa chambre, sans jamais s'occuper. Mlle B. gagne peu à peu sa confiance, réveille son initiative, s'efforce de la faire lire, de l'intéresser à quelque travail, lui raconte le journal. L'autre est devenue moins apathique, fait son lit, se peigne seule, se promène, s'emploie à coudre et, s'étant attachée à Mell B., a pleuré le jour de son départ de la colonie. Mlle B. a été mise en liberté deux mois après son arrivée.

Si d'aventure, deux malades appartenant à la même famille sont internés à la colonie, nous les plaçons s'ils le demandent, dans la même maison. C'est ainsi qu'à la colonie de Dun, chez Gâne Beillard, rue de l'Hirondelle, deux sœurs internées au compte du département de la Seine, habitent depuis 1907. L'observation de ces deux femmes a été rapportée comme exemple de « folie à deux », dans la thèse du Dr Halberstadt (1).

Observation VI. — Mlle M., Jeanne, âgée de 66 ans, et M., Clotilde, âgée de 56 ans, ont été internées le même jour à l'asile Saint Anne, après passage à l'Infirmerie du Dépôt. Les arrêtés primitifs d'internement signés du Dr Magnan mentionnent pour l'aînée « débilité mentale avec » illusions, hallucinations, interprétations délirantes et idées de persécu- » tion » et pour la cadette « débilité mentale avec illusions, hallucina- » tions et idées de persécution ». Ces deux femmes, qui présentaient le même délire, ont partagé la même vie. Pendant plusieurs mois, pour fuir leurs ennemis imaginaires, elles prenaient des fiacres pendant la nuit. Elles changeaient de voiture plusieurs fois pour dérouter leurs persécuteurs, et vivaient dans les jardins publics pendant le jour, n'habitant les fiacres que la nuit. Elles ont dépensé 12,800 francs pendant quelques mois à mener cette existence.

Arrêtées pour vagabondage, elles ont été internées à Saint-Anne, en 1902, puis à Villejuif jusqu'en 1908, et enfin vivent à la colonie de Dun-sur-Auron depuis cette date. Leur délire s'est atténué et ne présente plus de réactions. Elles ne parlent jamais du passé ou avec peine quand on les interroge.

Elles habitent une chambre bien située chez une bonne nourricière, travaillent et gagnent quelque argent, lisent, se promènent ensemble et se déclarent très heureuses de leur existence.

Les déments chroniques, à la condition qu'ils soient calmes, sont les plus faciles à placer et ceux qui s'adaptent le plus vite au milieu familial. Mais encore faut-il qu'ils soient surveillés jusqu'au jour où ils sont capables de reconnaître leur chemin. Sinon, se sentant libres, ils marchent devant eux et s'égarent. Telle cette malade de

---

(1) Dr Halberstadt. « La folie par contagion mentale ». (Thèse de Paris.)

Dun que nous avons dû loger dans une maison très voisine de l'église. C'était le seul endroit du pays qu'elle reconnaissait, même après plusieurs mois de séjour à la colonie. D'ordinaire, plusieurs fois reconduit chez ses nourriciers par les habitants ou les surveillants, le malade apprend à connaître les rues et le siège central de la colonie et arrive à rentrer régulièrement chez lui.

A l'arrivée des malades leur bien-être, leur existence heureuse dépendra du choix des nourriciers auxquels ils seront confiés. Cette sélection n'est pas toujours aisée. Il faut étudier le caractère du malade, son délire, son aptitude à la sociabilité et surtout consulter ses goûts. Suivant la règle exposée par le D[r] Truelle (1), il faut au sujet du nouveau pensionnaire se poser toute une série de questions: Préfère-t-il une solitude relative, chez une veuve par exemple, ou bien vivre dans une famille nombreuse? Aime-t-il la société des enfants? Veut-il que sa chambre soit élégante et ornée, qu'elle soit au rez-de-chaussée ou au premier étage? Peut-il être placé à la campagne dans un faubourg ou au centre de la ville? Supportera-t-il la présence d'un compagnon? Quel sera ce compagnon? S'entendra-t-il avec lui? Sera-t-il indifférent aux opinions politiques ou religieuses de ses nourriciers? La question des aliments n'est-elle pas importante pour lui, soit à cause de son estomac, soit à cause de ses goûts, etc.?

D'autre part, le nourricier lui aussi, présente des qualités et des défauts, des préférences et des répulsions. Lorsqu'il y a incompatibilité d'humeur, le malade demande son changement. Souvent, il a eu le temps de s'informer, de choisir une autre maison et une autre famille et désigne lui-même le nourricier chez lequel il désire vivre.

Le bon placement est celui qui assure à l'assisté le maximum de bien-être et des satisfactions morales de nature à améliorer son état. Toutes ces questions doivent donc être résolues par le médecin dans l'intérêt de l'aliéné qu'il confie à une famille. Au nouvel arrivé, rendu à la liberté, il faut trouver un intérieur dans lequel il se plaira. Besogne délicate, surtout lorsqu'il s'agit de femmes, et qu'il faut faire s'accorder entre eux trois caractères féminins, car les malades sont d'ordinaire deux par placement, et il faut compter avec la nourricière. Cet accord est indispensable pour éviter des froissements et des discussions nuisibles aussi bien à la malade qu'à sa compagne. Lorsque l'association est bien faite, ses résultats sont toujours heureux. Entre de nombreux exemples, on peut citer le suivant: chez M. Charrière-Blavier, rue Saint-Vincent, deux malades persécutées et très délirantes prennent leurs repas ensemble et s'entendent bien. Depuis la sortie de l'asile, le caractère de l'une et de l'autre s'est notablement amélioré et elles sont devenues plus

(1) D[r] Truelle. Rapport au Préfet de la Seine, 1901.

sociables. « Ce n'est donc pas seulement, dit M. Truelle (1), le délire de 1,000 aliénés, chiffre de la population de la colonie de Dun, que le médecin doit connaître, leurs préférences, leurs goûts et leur façon de se comporter en liberté, il doit aussi se rappeler les conditions d'existence des 600 nourriciers auxquels sont confiés les malades. Pour chaque placement, il connaîtra la disposition des chambres, le chiffre de la famille, le genre d'occupations, le caractère des membres de la famille, notamment du mari et surtout le caractère propre de la nourricière avec ses qualités et ses défauts. »

Toutes ces considérations sont importantes pour le malade qui, suivant son délire, ses goûts, ses idées, et même ses opinions politiques et religieuses, s'adaptera plus ou moins aisément à son nouveau milieu. Tel malade exigera son changement « parce que ses nourriciers sont des cléricaux et des gens d'église ». Tel autre, au contraire, sera enchanté d'être placé chez des personnes pieuses et qui reçoivent le curé. « Nous avons été obligés, dit M. Lwoff (2), de changer un pensionnaire parce que ses nourriciers n'étaient que des *locataires* et qu'ils n'avaient pas de jardin à eux. Un autre veut quitter son placement parce que les enfants de ses nourriciers *ne sont pas assez bien élevés* ». Celui-ci trouvera l'alimentation trop lourde et celui-là trop légère dans le même placement. Un tel se plaindra que ses nourriciers le méprisent et le tiennent à l'écart, tandis que son compagnon, en parlant des mêmes nourriciers leur reprochera d'être trop familiers, etc.

Toutes les conditions exigées pour que le malade entrant à la colonie se trouve heureux dans son placement, ne sont pas toujours faciles à réaliser, dès le premier essai. Si, pour une cause ou une autre l'aliéné sorti de l'asile ne s'habitue pas à sa nouvelle vie, il change de logement et de famille. Ces mutations sont plus ou moins fréquentes, suivant le caractère et le délire des malades. D'ordinaire, après quelque temps passé à la colonie, tous ceux qui sont sociables et aptes à vivre en famille, ont trouvé la maison, la nourricière et le compagnon de leur choix. Les autres, ceux pour lesquels plusieurs essais ont échoué, doivent être réintégrés dans un asile fermé. Parfois, un malade complètement indocile et qui ne peut souffrir ni son compagnon ni ses nourriciers, trouve moyen de vivre heureux, si on le place dans une chambre seule et si on lui laisse organiser sa vie à son goût. C'est ainsi que depuis plusieurs mois nous avons tenté l'expérience à Dun avec une femme qui avait découragé successivement par son caractère orgueilleux et hautain non seulement ses voisines de chambre, mais tous les nourriciers chez lesquels elle avait passé.

---

(1) Dr TRUELLE. Rapport au Préfet de la Seine, 1905.

(2) Dr LWOFF. Rapport au Préfet de la Seine, sur le fonctionnement de la colonie d'Ainay-le-Château, 1903.

OBSERVATION VII. — M..., Hélène, entrée à la colonie le 2 décembre 1907, est atteinte de « délire de persécution datant de plusieurs années. ». On la file, on la diffame, on l'insulte, on la menace. Elle est la victime » d'une machination odieuse, etc... »

Cette femme, qui est grecque d'origine, a reçu une certaine éducation et a vécu pendant quelque temps dans l'aisance. Enlevée, lorsqu'elle habitait Constantinople, par un officier qui est maintenant général, elle a connu trop de gens haut placés, dit-elle, pour vivre en bonne intelligence avec des paysans.

Elle a montré le plus parfait mépris à tous les nourriciers qui l'ont reçue chez eux. Successivement, elle les a tous quittés après des scènes violentes, aussi bien avec eux qu'avec ses compagnes de chambre. Plusieurs fois, elle a été réintégrée à l'infirmerie, pour être reconduite dans un asile.

Dès qu'elle pouvait s'isoler et vivre seule, le calme revenait. C'est pourquoi, à cause de ses instances, elle a été autorisée à chercher elle-même une chambre où elle puisse faire sa cuisine et vivre seule. L'expérience a très bien réussi. Mme M. qui sait très bien coudre, broder et faire des chapeaux et par suite gagne quelque argent, se déclare très satisfaite de son sort, depuis qu'elle n'est plus en contact avec une autre malade et des nourriciers. Toutefois, cette femme qui est maintenant heureuse dans ces conditions spéciales à la colonie, ne peut pas vivre en liberté : 1° parce qu'elle n'a pas de ressources, 2° parce qu'elle est sujette à de nouvelles poussées d'excitation à la première occasion à cause de son caractère irritable, 3° parce qu'elle croit à la réalité de toutes les idées délirantes qui ont motivé son internement.

Du reste, si les goûts des malades sont différents, les conditions de la vie pour chacun d'eux dépendent de plusieurs éléments distincts et qu'il faut examiner :

1° Le nourricier, sa famille, sa maison, ses occupations ;
2° La chambre du malade, sa nourriture, son bien-être ;
3° Son compagnon.

Le règlement de la colonie, affiché dans la chambre des malades, assure aux pensionnaires une nourriture suffisante, une literie propre, des vêtements confortables et une hygiène indispensable à leur santé. Ce règlement précise les devoirs du nourricier à l'égard de ses pensionnaires et de son application dépend le bien-être de nos malades.

EXTRAIT DU RÈGLEMENT GÉNÉRAL DE LA COLONIE FAMILIALE DE DUN-SUR-AURON

L'autorisation de recevoir des pensionnaires n'est accordée qu'à ceux qui peuvent satisfaire aux conditions essentielles suivantes : de moralité, de soin et de propreté, de nourriture, d'espace, de salubrité et d'aérage des locaux spécialement affectés aux malades.

Il est, en principe, interdit de placer des malades de sexe différent

chez le même nourricier. Les nourriciers ne peuvent recevoir plus de deux malades. Chaque malade est placé sous la garde spéciale et la surveillance directe du nourricier chez lequel il est mis en pension. On remet au nourricier un livret indiquant l'état civil de son pensionnaire. Ce livret doit être paraphé lors de chacune de leurs visites par les personnes préposées à l'inspection et par le médecin.

Celui-ci inscrit les prescriptions et recommandations spéciales ainsi que les appréciations relatives au service du nourricier.

Ce livret sert de compte courant et mentionne les paiements faits ainsi que les livraisons de fournitures en nature.

La nourriture des malades doit être saine et abondante et en général la même que celle de la famille où ils sont placés.

En tout cas, ils recevront au moins par semaine, 3 1/2 kilogrammes de pain, un litre de vin, de la viande fraîche quatre jours par semaine pour un poids total d'environ un kilogramme, indépendamment de légumes, du lait, du beurre, fromage, etc.

Les chambres servant de logement doivent, en règle générale, avoir un cubage de 20 mètres cubes par personne, être munies de fenêtres, de préférence planchéiées ou tout au moins dallées avec soin.

Les murs et plafond doivent être blanchis à la chaux au moins deux fois par an. Les locaux qui paraîtraient insalubres ou peu convenables et les nourriciers qui refuseraient d'exécuter les mesures d'assainissement recommandées, seront signalés à l'Administration et passibles de retenues, en échange de l'exécution d'office des dites mesures.

Les personnes qui logent des pensionnaires doivent mettre à leur disposition les objets suivants: un lit de fer ou de bois d'au moins un mètre de largeur, une paillasse, un matelas ou lit de plume, un traversin, un oreiller, deux paires de draps, trois couvertures dont une de laine, une chaise, une descente de lit, un vase, une cuvette et un meuble pour la vêture.

La paille des paillasses doit être renouvelée trois fois l'an et le linge changé tous les huit jours pour les malades propres.

Des lieux d'aisance convenables doivent être aménagés. Des alèzes, toiles cirées, bassins, etc., seront prêtés sur bons à l'infirmerie, en cas de besoin. Les nourriciers doivent veiller à l'entretien et à la conservation des effets de vêture et objets à eux confiés, dont ils sont responsables.

Ils reçoivent avec la personne qu'ils soignent le trousseau réglementaire dont ils délivrent reçu. Les pièces à changer sont examinées le premier jeudi de chaque mois, et reçues contre bons signés du directeur ou du régisseur.

Les pièces détruites ou perdues accidentellement devront être déclarées de suite pour être remplacées; il pourra être opéré des retenues de ce chef, en cas de négligence des nourriciers. Une fiche

spéciale sera dressée pour aider à établir le procès-verbal de destruction des effets réformés au magasin.

Les nourriciers sont responsables de leurs pensionnaires; en cas de disparition, il doit en être donné sur-le-champ avis à la direction, qui fait opérer les recherches et la réintégration pour laquelle il est attribué une prime variable selon la distance.

Cette prime pourra être supportée par le nourricier, si l'évasion provient de sa faute.

Tout nourricier qui enfreint les dispositions du règlement, qui refuse, néglige ou est hors d'état de se conformer aux conditions essentielles qui lui sont imposées, est déclaré inhabile à recevoir des malades, et l'autorisation qui a pu lui être accordée a cet effet lui est retirée.

Les malades ne doivent aucun travail au profit des nourriciers; elles ne sont occupées que si elles le demandent et en échange d'une rétribution qui ne saurait être moindre que le taux de pécule payé par l'administration.

Toute violence ou tout mauvais traitement exercé envers un malade est puni du retrait immédiat de l'autorisation, sans préjudice, le cas échéant, des poursuites devant les tribunaux. Le retrait de l'autorisation est prononcée par le directeur, sauf recours à l'admitration centrale.

Des primes et des récompenses imputées sur la caisse de l'établissement, sont accordées aux nourriciers qui se distinguent par leur humanité et les soins qu'ils donnent à leurs pensionnaires.

Il est interdit aux nourriciers comme au personnel, de recevoir directement des rémunérations ou présents des malades ou de leurs familles.

Les envois d'effets ou d'argent aux pensionnaires doivent être faits par l'intermédiaire de l'administration ou déclarés de suite par les nourriciers si les familles omettent de se servir de cet intermédiaire.

Aucun moyen de coercition ni de contrainte matérielle ne saurait être employé vis-à-vis des malades confiés aux habitants. Les malades à isoler ne peuvent l'être qu'à l'infirmerie et les nourriciers ne doivent pas enfermer les pensionnaires dans leurs chambres. Les malades doivent pouvoir à tout moment venir réclamer au siège central.

Les visites de surveillance à domicile sont faites au moins une fois par semaine et chaque jour sur toute réquisition soit des nourriciers, soit des malades dont l'état nécessiterait des soins fréquents, à défaut de retrait à l'infirmerie.

L'administration rappelle aux nourriciers qu'en toutes circonstances, tels que délits, dégâts et dommages occasionnés par les pensionnaires dont ils ont la garde, ils assument les responsabilités qui

en découlent proportionnellement à la négligence qu'ils ont pu apporter à la surveillance des malades à eux confiés.

Le nourricier, sa famille, sa maison, ses occupations

Si les conditions de l'existence à la colonie doivent être, autant que possible, les mêmes pour tous les malades, les nourriciers n'ont pas tous la même vie : les uns sont mariés, les autres célibataires. A Dun, les nourricières veuves sont nombreuses. Certains ménages n'ont pas d'enfant. Chez d'autres, la famille est nombreuse. On peut se rendre compte de ces différences en consultant d'après le tableau suivant l'état civil des nourriciers de la ville de Dun.

Nourriciers mariés

Sans enfants habitant avec eux				80
Ayant	1	enfant	»	61
»	2	»	»	55
»	3	»	»	17
»	4	»	»	14
»	5	»	»	2
»	6	»	»	2

Nourricières veuves

Sans enfants habitant avec elles				39
Ayant	1	enfant	»	23
»	2	»	»	7
»	3	»	»	6
»	4	»	»	1
»	5	»	»	1

N. B. Nous n'avons tenu compte que de ceux des enfants qui vivent à la maison avec leurs parents.

De même, parmi les nourriciers, les uns habitent la campagne, et les autres la ville. Celui-ci est sabotier et cet autre cultivateur. L'un est aisé et possède la maison dans laquelle il habite et loge ses pensionnaires. L'autre, qui est pauvre, en prévision de son industrie, a loué deux pièces, l'une pour lui et sa famille, l'autre pour les malades.

On se rend compte de la diversité des professions exercées par les nourriciers en examinant le tableau suivant, dressé pour la seule ville de Dun.

Nourriciers mariés

Tonnelier	1
Sans profession	6
Tailleur	1
Couvreurs	2
Manœuvres	90
Tisserands	3
Propriétaires	4
Bouchers	2
Vignerons	15
Forgeron	1
Maçons	17
Matelassier	1
Marchand de poisson	1
Charpentiers	6
Boulangers	2
Terrassier	1
Fossoyeur	1
Jardinier	1
Porteur de journaux	1
Chaisier	1
Garde-chasse	1
Mariniers	6
Maraîcher	1
	165

	165
Marchands de charbon	3
Garde-champêtre	1
Cultivateurs	13
Charretiers	2
Journaliers	8
Taillandier	1
Menuisiers	2
Cordonniers	4
Sabotiers	5
Carriers	7
Facteurs	4
Ferblantier	1
Charrons	2
Fruitier	1
Mécaniciens	3
Bûcheron	1
Roulier	1
Domestiques	2
Scieur de long	1
Sellier	1
Cantonniers	3
Ancien gendarme	1
	232

Nourricières veuves

Confectionneuses	6
Sans profession	71
Couturières	3
Epicières	2
Marchande de charbon	2
Teinturière	1
Propriétaires	2
	86

A la campagne, dans les annexes, presque tous les nourriciers sont des petits métayers, des cultivateurs, etc... De là, des différences non seulement dans le logement, mais encore dans les soins donnés aux malades et une première division à établir entre les placements urbains et les placements ruraux.

Placements urbains et placements ruraux

Les uns et les autres présentent leurs avantages et leurs inconvénients. Au point de vue du goût des malades, si on prend Dun comme exemple, la plupart des malades travailleuses préfèrent habiter la petite ville. Elles trouvent aisément à s'occuper aux travaux de lingerie, couture, broderie, etc., et à vendre leur travail. Toutefois, si à la ville, les confectionneuses emploient volontiers nos malades, à la campagne, elle trouvent mieux à s'employer chez leurs nourriciers. A un autre point de vue, nous réservons des places au centre de la colonie, aux aliénés qui demandent le plus de soins et de surveillance. Parmi les logements de la ville, certaines chambres, situées au premier étage, ne sont ni aussi larges, ni aussi belles que les chambres des placements de campagne. Ces chambres sont au nombre de 32. Nos pensionnaires qui ont, la plupart, habité Paris, s'y plaisent, par comparaison avec leurs anciens logements qui étaient parfois encore plus étroits et plus sombres. On se rend compte, en effet, en étudiant le tableau suivant, concernant les placements de Dun, que le volume d'air exigible par malade étant de vingt mètres cubes, le nombre des logements qui ont un cubage supérieur, est très élevé.

Chambres cubant:

De 20 à 25 mètres cubes par pensionnaire: 146.
De 25 à 30 mètres cubes par pensionnaire: 75.
De 30 à 35 mètres cubes par pensionnaire: 64.
De 35 à 40 mètres cubes par pensionnaire: 35.
Plus de 40 mètres cubes par pensionnaire: 20.

La moyenne exacte est donc de 28 mètres cubes par malade. MM. Lwoff et Truelle ont fait remarquer dans tous leurs rapports que cette moyenne est supérieure à celle qui existe, d'ordinaire, dans les asiles fermés. La moyenne, dans les dortoirs de certains établissements, ne dépasse pas douze mètres cubes par malade.

Pour compléter la description des logements de nourriciers, nous résumerons dans le tableau suivant, les détails concernant les parquets et les murs:

Chambres ayant du papier	105
Chambres blanchies à la chaux	233
Chambres ayant le parquet en bois	30
Chambres ayant le carrelage	308

Les chambres garnies de carreaux, pour être bien entretenues, sont passées au rouge de Prusse le plus souvent possible.

D'après les conseils des médecins, tous les nouveaux nourriciers ont acheté des lits en fer qui sont plus faciles à nettoyer que les anciens lits de bois. De même, les taies d'oreiller en toile blanche, en usage dans la région, ont remplacé, peu-à-peu, les taies d'oreiller en toile de couleur foncée dont on vérifie moins facilement l'état de propreté. La literie est le seule linge à la charge des nourriciers. La plupart d'entre-eux fournissent des édredons à leurs pensionnaires. Dans tous les cas, nous veillons à ce que les couvertures soient en nombre suffisant. Une paillasse et un lit de plume complètent le couchage des pensionnaires. Quelques nourriciers faisaient coucher leurs pensionnaires dans leur propre chambre. Bien qu'elle soit une garantie de la surveillance des malades pendant la nuit, cette méthode est mauvaise. Le malade, à la colonie, doit avoir autant que possible, l'impression d'être chez lui, dans une chambre qui est la sienne. Il ne faut pas, si c'est une femme, qu'elle soit gênée par la présence des nourriciers qui couchent dans un lit voisin du sien. Cette règle n'est pas appliquée aux nourricières seules qui, à Dun, hospitalisent des malades femmes. Dans ce cas, au contraire, la chambre commune présente des avantages au point de vue de la surveillance. A ces nourricières veuves, nous réservons des pensionnaires âgées à qui des soins assidus sont nécessaires.

Dans sa chambre, le malade dispose d'une cuvette, d'un pot à eau et d'une serviette. Une armoire ou, chez les nourriciers les moins aisés, un meuble avec des planches et des casiers, est réservé aux vêtements et au linge des pensionnaires. Les vêtements du nourricier ne doivent pas se trouver dans la chambre des malades. Cette pièce doit toujours être propre. En principe, les murs sont blanchis à la chaux et les carrelages rougis et cirés au moins deux fois par an. « Il y a parfois un contraste singulier, dit M. Lwoff (1), entre la chambre du pensionnaire où le plus souvent tout est en ordre et en état de propreté et la chambre des nourriciers avec les murs et les plafonds noircis par la fumée, cette pièce servant à la fois à toute la famille de chambre à coucher, de salle à manger et de lieu de réception. » Cette propreté n'est pas toujours facile à obtenir. Certains logements de nourriciers sont encore assez mal disposés, surtout dans la ville de Dun et les plus anciens placements.

A la campagne d'ordinaire, les malades sont mieux nourris qu'à la ville. Le métayer, le cultivateur récolte lui-même les produits de première nécessité et consomme, en partie, ce qu'il produit : beurre, œufs, lapins, volailles. Plus souvent qu'à la ville, la table est commune et c'est la meilleure garantie d'une bonne alimentation pour les pensionnaires. Les logements sont aussi plus spacieux à

---

(1) Dr Lwoff. Rapport au Préfet de la Seine, sur la colonie d'Ainay-le-Château, 1903.

la campagne. La place du malade n'est pas mesurée et il n'a pas à craindre d'être importun. Avec les autres membres de la famille, il vit le plus souvent dans la grande salle de la maison, qui sert de salle à manger, de cuisine, etc., et où l'hiver on se réunit autour de la cheminée. Les nourriciers surveillent mieux leurs malades qu'à la ville parce qu'ils vivent davantage avec eux. Entre nourriciers, dans un même hameau, la solidarité est étroite et la surveillance ainsi plus active. Dans les petits pays comme les Chemeaux ou Cilly, où tous les habitants sont nourriciers, les moindres incidents sont évités, grâce à cette bonne entente entre voisins. Le placement à la campagne est donc l'assistance de choix pour les débiles et de préférence nous réservons ces malades aux nourriciers des annexes.

En outre, l'intérêt du cultivateur est de se faire aider dans son travail par ses malades. Ceux-ci ont tout à gagner à ne pas rester oisifs. Suivant l'expression du Dr Bonnet (1) : « Tous les membres de la famille concourent à son propre bien-être et les liens qui unissent nourriciers et pensionnaires se resserrent d'autant plus que le but poursuivi est le même et que les bénéfices sont partagés ». Et M. Bonnet ajoute que « c'est de l'économie sociale bien comprise que de dépenser chez des paysans pauvres qui ont une tendance à s'expatrier un argent qui les retiendra dans leurs campagnes et les aidera à vivre ».

Au début de la colonie, on pouvait se demander si des malades venus de Paris accepteraient de vivre à la campagne, dans les placements très éloignés. En réalité, la plupart des malades s'habituent très bien à cette vie très différente de leur existence antérieure. Certains même se plaisent mieux dans les placements éloignés et disséminés que dans les hameaux. A vrai dire, pour les fermes les plus lointaines, nous choisissons des malades peu sociables et difficiles, de façon à leur éviter les causes d'excitation plus fréquentes dans les villes. C'est ainsi qu'une malade qui avait été placée sans succès d'abord à Dun, puis à Levet et à Osmery vit depuis six mois sans incident aux Loges de Flavigny dans une ferme isolée à six kilomètres de l'annexe. Cette femme, qui est atteinte de démence vésanique avec excitation maniaque, loquacité, incohérence, idées confuses de grandeur et de richesse, vit en bonne intelligence avec ses nourriciers et travaille la terre avec eux. Elle travaille même du matin au soir sans arrêt, et sans vouloir aucune rétribution, parce qu'elle s'imagine être la mère de ses nourriciers et croit que la ferme lui appartient.

Ce cas n'est pas exceptionnel, plusieurs malades aident ainsi leurs nourriciers à exploiter leur bien, parce qu'ils sont persuadés que ce

(1) Dr Bonnet. Rapport au Préfet de la Seine, colonie d'Ainay-le-Château, 1906.

bien est à eux et qu'ils habitent leur propre maison. Dans ce cas, ils refusent tout paiement pour leur travail.

Ces placements éloignés présentent l'inconvénient qu'ils ne peuvent pas être surveillés aussi aisément que ceux qui sont proches du centre de la colonie. Toutefois, les pensionnaires ont la possibilité de venir voir le médecin. Celui-ci fait des visites fréquentes. En dehors de ces visites, une surveillance est exercée au lieu même de l'annexe par un employé de la colonie qui vit au milieu des malades et renseigne le médecin sur tout ce qui intéresse leur état. A Osmery, une surveillante aux Chemeaux, un surveillant, logés au centre de ces villages, préviennent par dépêche, par le téléphone ou par voiture, dès qu'il se produit le moindre incident.

Cet inconvénient de l'éloignement est compensé par de nombreux avantages. Le premier de tous, c'est l'absence de toute cause d'excitation et une vie aussi calme que possible. En outre, le placement à la campagne est le vrai placement familial, en ce sens que l'aliéné est considéré par ses nourriciers comme faisant partie de leur famille.

Certaines malades habitent la même maison à Boufflou (hameau de Levet), depuis douze ans. Elles mangent à la table des nourriciers et sont logées dans la meilleure chambre de la maison. Lorsqu'il vient des parents ou des amis, elles ne sont pas, ainsi qu'elles le disent, parmi les invités, mais parmi les personnes de la maison. Les plus anciens placements ruraux se trouvent à Boufflou et à La Brosse, deux petits hameaux dépendant de l'annexe de Levet. Ils ont été installés quelque temps après la colonie de Dun, en 1896. Les malades, au nombre de 19, sont placées chez des cultivateurs, dans plusieurs fermes isolées. Ces nourriciers sont presque tous parents entre eux. C'est ainsi que dans une même famille, les deux frères et les enfants de ces deux frères sont nourriciers. L'un d'eux à qui nous demandions : « Vos malades prennent leurs repas avec vous ? », nous répondit : « Sans doute, Monsieur, nous n'avons jamais fait deux tables. Chez mes parents, nous avons été habitués à vivre avec ces dames. C'est pourquoi lorsque je me suis marié, j'ai mis comme condition à ma femme, qu'elle serait nourricière ».

Le régime alimentaire des malades

Cette question des repas pris en commun entre malades et nourriciers est assez délicate. Il faut avouer qu'à Dun surtout, les malades mangent souvent dans une chambre et le nourricier avec sa famille dans l'autre. Par tous les moyens possibles, nous luttons contre cette tendance. Presque toujours, lorsqu'on interroge nourricière et malades, ce sont les malades qui désirent manger seules. Souvent c'est par peur de gêner. L'homme revient tard de son travail, ou bien, au contraire, à midi, il est pressé de prendre son repas. Dans certaines maisons, les malades mangent à des heures plus régulières,

lorsqu'elles sont servies à part. Parfois, il s'agit d'aliénées qui ont un caractère difficile, ou à qui le délire fait refuser de prendre le repas en commun. Le nourricier qui a une famille nombreuse et des enfants jeunes, n'acceptera pas volontiers à sa table une malade grossière, malpropre ou trop délirante. Ne serait-ce pas trop exiger que lui imposer cette obligation? Ne faut-il pas, dans ce cas, en même temps qu'à l'intérêt de nos malades, songer à l'exemple donné aux enfants? Bien plus souvent encore, certaines persécutées ou certaines délirantes avec des idées de grandeur, se trouvent humiliées de prendre leur repas avec leurs nourriciers. Elles les considèrent comme des gens grossiers et sans éducation. En réalité, dans plusieurs cas, la table à part, évite bien des froissements.

« Pour qu'une malade fasse partie de la famille de son nourricière, dit M. Truelle (1), au tout au moins pour qu'elle ait quelque chance d'être considérée autrement que comme personne encombrante, mais d'un certain rapport, il ne faut pas que les nourriciers soient débordés chez eux par leurs pensionnaires. » Or, parmi nos malades de colonie, certains sont d'un commerce agréable et facile, mais plusieurs autres à cause de leurs idées de persécution ou de leur état démentiel rendent l'existence très dure aux personnes avec qui ils vivent. A vouloir trop obtenir d'une population qui n'a pas été, comme à Gheel, préparée à son rôle par l'hérédité, nous risquerions de décourager les meilleures volontés et de compromettre les résultats déjà obtenus.

Le règlement qui prescrit aux nourriciers de prendre leurs repas avec les pensionnaires, ne doit pas être appliqué de façon absolue et dans tous les cas; c'est une garantie, il est vrai, que les malades seront nourris aussi bien que leurs hôtes, mais cette garantie est souvent illusoire. Si le nourricier n'est pas scrupuleux et si le malade est inconscient, on lui donnera tout aussi bien à la table de famille qu'à la table à part les plus mauvais mets. Si, au contraire, l'aliéné est difficile et exigeant, il saura bien se faire servir même isolé dans sa chambre, et au besoin, il défendra les droits de son compagnon. C'est pourquoi, du reste, nous associons d'ordinaire, surtout chez les nourriciers suspects, un malade conscient avec un débile incapable de réclamer. Cette association a encore d'autres avantages: elle assure des soins plus exacts aux malades infirmes ou inconscientes. C'est ainsi que Mme M..., est depuis dix ans chez la même nourricière à Nizerolles; elle s'occupe de sa compagne Mme D. qui est démente; elle l'aide à se lever, l'habille, la peigne, la promène et toutes deux sont toujours propres et bien tenues.

D'une façon générale, à Dun aussi bien qu'à Ainay, les malades sonts contents du régime alimentaire : « La majorité, dit

---

(1) Dr TRUELLE. Rapport au Préfet de la Seine, colonie de Dun-s/Auron, 1905.

M. Lwoff (1), préfère le régime des nourriciers à celui des asiles tout en disant que ce dernier comporte beaucoup plus de viande, mais ils le trouvent peu varié et moins approprié à leur goût individuel ».

Quelques-uns se plaignent et trouvent que leur alimentation n'est pas suffisante; ils achètent, avec le produit de leur travail, des suppléments de nourriture: charcuterie, café, sucre, etc.

« Tous nos gains passent en achats de nourriture », écrit une malade de Dun à une de ses amies. Il est vrai que cette malade est de celles qui, à l'asile, demandait chaque jour en supplément, bifteck, café, quinquina, œufs, lait, etc. Ces pensionnaires ne se contentent pas de réclamer au nourricier ce qui leur est dû. Ils lassent sa bonne volonté avec leurs exigences contituelles. A cause de ces récriminations et de ces demandes impossibles à satisfaire, mais qui entretiennent chez les malades une irritation nuisible à leur état mental, nous avons tenté à Dun l'expérience suivante: les malades les plus difficiles pour la nourriture, presque toujours des persécutées actives avec troubles du caractère et idées de grandeur, sont autorisées à faire elles-mêmes leur cuisine. Dans ce cas, la nourricière garde 10 francs pour la location de sa chambre et donne 23 francs à la pensionnaire qui se trouve ainsi disposer chaque jour d'une somme de fr. 0.75 environ pour acheter ses aliments. Cette somme est insuffisante mais ces malades, au nombre de six actuellement, sont toutes d'excellentes ouvrières. Elles ont trouvé de l'ouvrage chez des personnes du pays. Elles arrivent ainsi à gagner de fr. 0.50 à fr. 0.75 par jour, ce qui leur assure une moyenne de fr. 1,25 par jour pour la nourriture. Elles ne se plaignent plus, se déclarent très heureuses de ce changement qui leur donne la possibilité de s'isoler à leur gré et leur état mental s'améliore, depuis qu'elles n'ont plus de causes d'irritation dans leurs incessantes querelles avec les nourriciers. Les deux exemples suivants sont les plus intéressants.

Observation VIII. — Mme B. a été internée à Villejuif le 19 janvier 1905 et son sertificat d'entrée, signée du Dr Briand, est ainsi conçu : « Délire mélancolique avec idées de persécution et tendances ambi- » tieuses. »

La malade est transférée à Dun le 24 mars 1909, après observation à Moisselles et certificat du Dr Truelle concluant à « un délire systéma- » tisé avec idées de persécution et de grandeur, hallucinations auditives » psycho-motrices et de la sensibilité générale. » Les premiers jours après son entrée, Mme B. se montre calme, mais demandant sa liberté parce que, dit-elle, ses affaires la réclament à Paris et qu'elle ne saurait s'accommoder de la vie à la campagne. Elle témoigne à l'égard de ses nourriciers et de sa compagne de chambre le plus parfait mépris, refusant de leur adresser la parole, de se mettre à table avec eux et adoptant à leur égard une attitude injurieuse et blessante. A chaque visite du

(1) Dr Lwoff. Rapport au Préfet de la Seine (colonie familiale d'Ainay-le-Château). 1903.

médecin, elle lui demande à s'isoler, à vivre dans une chambre seule à ne plus voir « ces gens ». La nourricière qui est une brave femme et très sensible, pleure toutes les fois que Mme B. l'injurie. D'autre part, l'autre pensionnaire depuis longtemps dans la maison demande à la quitter, si Mme B. est maintenue dans ce placement.

Une chambre seule se trouvant vacante, dans un autre quartier, la malade est autorisée à l'habiter et à faire elle-même sa cuisine pour pouvoir s'isoler à sa guise. Depuis mai 1909, date à laquelle Mme B. a pu satisfaire son désir, une amélioration notable s'est produite dans son état. Elle a meublé coquettement sa chambre et travaille de son métier de couronnière. Elle porte elle-même son ouvrage lorsqu'il est terminé au fabricant de couronnes mortuaires. Plus sociable qu'à son entrée, cette femme cause maintenant avec sa nouvelle nourricière, se déclare satisfaite de l'existence qu'elle a pu se créer à la colonie et ne demande plus sa sortie. Elle conserve encore des idées de persécution et reste très orgueilleuse, mais son état délirant est moins actif et son caractère s'est modifié favorablement.

Nous attribuons cette amélioration à l'isolement qui, dans ce cas particulier, était nécessaire. La malade aurait tout autant souffert du contact des autres aliénés à l'asile que de l'existence commune avec des nourriciers. D'autre part, cet isolement n'est pas absolu comme dans une cellule, puisque tout en vivant seule, cette femme fait elle-même chez les commerçants ses achats pour la nourriture. Elle offre son travail, en touche le prix, etc. Bref, elle peut vivre d'une existence presque normale et se réadapter peu à peu aux conditions ordinaires de la vie.

Observation IX. — Mme A. est entrée à la colonie le 26 juillet 1909. Elle est atteinte de « délire des persécutions à évolution progressive et » systématique avec hallucinations de l'ouïe et troubles de la sensibilité » générale. Des voix injurieuses la poursuivent et la poussent au sui- » cide ».

Cette malade, qui était internée à Maison-Blanche, a demandé elle-même à venir à la colonie. Elle avait entendu dire par d'anciennes malades de l'asile que les pensionnaires étaient libres.

Quinze jours après son arrivée à Dun, elle déclare qu'elle se trouve heureuse, et n'a plus aucune idée de suicide. Mais ses voix lui disent qu'elle va changer, qu'elle ne restera pas ici et surtout qu'on doit l'empoisonner. Dès lors, elle s'imagine que ses nourriciers sont des complices de ses persécuteurs. Elle ne leur en témoigne aucune défiance, dit-elle, mais elle sent bien que les aliments lui font mal. Deux fois, en trois mois, on la change de placement. Les illusions et les interprétations fausses sont aussi actives.

Dès lors, la malade qui, bonne couturière, gagne de l'argent et en reçoit de sa famille, est autorisée à chercher une chambre dans laquelle elle puisse faire elle-même sa cuisine. Chez un gendarme retraité, propriétaire d'une petite maison bien aménagée, Mme A. trouve à louer une chambre très confortable. Elle s'y installe, prépare les aliments qu'elle achète, vit en bonne intelligence avec ses hôtes et se déclare « si heu- » reuse qu'elle n'entend plus autant ses voix pendant la nuit ».

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

L'organisation actuelle des colonies familiales d'aliénés en France

par le Dr A. Rodiet
Directeur-médecin de la colonie familiale de Dun-sur-Auron

(*Suite*)

Si les plaintes des malades au sujet de la nourriture sont parfois justifiées, elle ne répondent pas toujours à la réalité. On peut en juger par les menus suivants, qui ont été relevés, au hasard, dans plusieurs maisons de nourriciers, en novembre 1909, par les surveillants de la ville de Dun.

Menus du soir

Rue de l'Abreuvoir. — 4 novembre 1909.

Martin Chasset. — Soupe, lapin rôti, fromage.
Bordieux Sautivet. — Soupe, choux, fromage.
Triboulet. — Soupe, rôti de bœuf, fruits, fromage.
Tissier Chasset. — Soupe, œufs, fromage.
Guionet François. — Soupe, œufs, fruits, fromage.
Périchon. — Soupe, omelette, châtaignes.

Rue des Crôts. — 3 novembre 1909

Laroche Soliveau. — Soupe, omelette, poires.
Lecêtre Paris. — Soupe, porc, pommes de terre, fromage.
Chasset Crelatte. — Soupe, poulet au sang, confitures.
Bouyon Boyot. — Soupe, macaroni, œufs à la coque, fruits.
Ventôse Phillipon. — Soupe grasse, châtaignes, poires.
Bouron Jarry. — Soupe, pommes de terre en salade, fromage.
Bisson Fernand. — Soupe, œufs durs légumes, poires.
Brelault Gilbert. — Soupe, lapin sauce tomate, fromage.

Chaque surveillant inscrit dans son rapport quotidien, la composition du repas auquel il a pu assister pendant sa tournée. Ces menus ont été servis au repas du soir qui, aussi bien pour le nourricier et sa famille, que pour nos malades, est toujours le plus négligé, le repas du midi étant d'ordinaire abondant et mieux préparé.

Cette surveillance de la nourriture et de la boisson des malades

n'est pas facile à exercer. Le litre de vin par semaine, prescrit par le règlement, équivaudrait aux 15 centilitres quotidiens des asiles si les malades ne le buvaient pas dès les premiers jours de la semaine. Ils boivent ensuite de l'eau jusqu'au dimanche suivant. Souvent les nourriciers ajoutent au repas de midi un verre de piquette ou une tasse de café noir. Parfois aussi, ils donnent à leurs pensionnaires le café au lait le matin d'autant plus volontiers que, d'ordinaire, ils en font eux-mêmes usage pour leur petit déjeuner. Ce café au lait du matin est le repas auquel la plupart des malades, à Dun, accordent la plus grande importance. Elles se plaignent lorsque les nourriciers essaient de le remplacer par une soupe. La viande fraîche est servie à quatre repas par semaine, mais il est difficile de vérifier les quantités proportionnelles consommées par les malades et par les nourriciers. Pour savoir si les pensionnaires sont suffisamment nourris, le moyen qui a toujours été employé à la colonie, consiste à les peser à l'arrivée et à surveiller le poids. Toute diminution de poids donne lieu à une enquête sur l'état de santé du malade et le régime. Les cas d'aimaigrissement sont très rares et dus la plupart du temps a une affection intercurrente que le malade aurait tout aussi bien pu présenter avec le régime alimentaire de sa propre famille ou de son asile d'origine. C'est la meilleure preuve que l'alimention des malades chez leurs nourriciers est suffisante comme quantité.

Certains pensionnaires placés dans des familles aisées trouvent même à Dun et à Ainay, comme à Gheel, une vie aussi confortable que dans les asiles de la Seine.

Sans doute, l'alimentation n'est pas la même chez tous les nourriciers. Aussi bien dans la disposition et la tenue des logements que dans la qualité et la quantité des mets, on note des différences. Le bon placement est celui qui, en même temps qu'une chambre propre, large et bien aérée, assure à nos malades l'alimentation fixée par le règlement. Toutes les conditions du bon placement ne sont pas toujours réalisées. Dans tel placement, la chambre n'est pas très claire et les fenêtres étroites, ou bien le logement des malades est au premier étage, mais la nourriture est bonne et la nourricière attentive et intelligente. Dans tel autre, au contraire, la nourriture est médiocre mais la chambre est large, aérée, bien meublée et donnant sur le jardin qui est clos de murs. Pour que la nourricière n'abuse pas de l'inconscience de ses malades, et leur donne l'alimentation prévue par le règlement, nous employons deux procédés : 1° une surveillance, à l'heure des repas est exercée sur le placement. Plusieurs fois par semaine, tantôt à midi, tantôt le soir, le surveillant se rend compte des plats qui sont servis aux malades ; 2° à ces nourriciers suspects, nous confions des malades difficiles, exigeants, ou tout au moins conscients.

Ces malades, des persécutés le plus souvent, savent se plaindre au médecin. Dans tous les cas, ils n'oublient pas de réclamer ce qui leur est dû.

Prix de journée payée par le département de la Seine pour l'entretien du malade et primes aux nourriciers

Il convient aussi de ne pas oublier que le département ne donne aux nourriciers qu'une somme de fr. 1.10 par jour et par malade pour la nourriture et les soins. A ce prix, nous ne pouvons pas exiger qu'on serve chaque jour du poulet rôti à la table de nos pensionnaires.

Le prix de journée total pour un malade en y comprenant les frais généraux de personnel, d'infirmerie, de vestiaire, etc., est à Dun de fr. 1.50 depuis 1908. C'est à peu près le même prix qu'à Gheel. Avec cette somme on ne peut espérer, même si le chiffre maximum de 1,000 malades est atteint et maintenu chaque année, réaliser sur les frais généraux des économies suffisantes pour effectuer certains grands travaux depuis longtemps prévus. M. Leroux, ancien directeur des affaires départementales et président de la commission de surveillance, avait songé, en effet, à l'installation d'un service de buanderie et d'eau potable non seulement pour la colonie mais aussi pour les nourriciers. Il avait même pensé installer l'électricité dans chaque maison de nourriciers. On aurait ainsi assuré la propreté des intérieurs et augmenté le bien-être général dans la ville.

Cet excellent projet n'a pu être mis en exécution par suite d'un désaccord entre l'administration de la Seine et la municipalité qui n'a pas cru devoir voter la participation demandée par le département de la Seine pour les frais d'installation et de fonctionnement de ce service profitable à tout le pays. Dans ces conditions, le Conseil général de la Seine a réservé au centre de la colonie l'établissement de la lumière, de l'eau et du tout à l'égout. Depuis juillet 1907, l'électricité existe dans tous les services. En décembre 1907, la canalisation d'eau a été complètement organisée au pavillon des gâteuses, dans les infirmeries et tous les logements d'employés et enfin le système du tout à l'égout fonctionnera en 1911.

Le D[r] Marie avait songé aussi à instituer à Dun, une société coopérative de consommation pour unir les nourriciers entre eux, améliorer leur bien-être et par suite, assurer à nos malades une existence plus confortable. Cette idée, très heureuse en théorie, était en pratique d'une application difficile. Elle aurait mécontenté les commerçants du pays et favorisé la création d'une sorte de syndicat qui, semblable aux syndicats d'infirmiers, aurait eu à l'égard de l'administration toutes les exigences sans que les malades aient obtenu de réels avantages. Il est vrai qu'au début de la colonie, le

Dr Marie pouvait redouter l'échec de sa tentative, par suite du peu d'empressement des gens du pays à recevoir ses malades. Il voulait les engager à prendre des pensionnaires en les assimilant à de véritables infirmiers à qui on aurait même constitué une retraite. « Il est à craindre, écrivait-il dans son rapport de 1893, que les conditions économiques nouvelles, en fournissant aux habitants une occupation plus rémunératrice, ne compromette dans l'avenir l'existence de la colonie, en entraînant la restitution de nos pensionnaires. Dans ce but, il conviendrait d'instituer une caisse de retraites pour les diplômés ayant plus de cinq années consécutives de bons services, et ces bons services on les reconnaîtrait sous forme de primes annuelles payées par l'administration. »

Cette idée des primes a reçu son application et nous distribuons actuellement, chaque année, trois mille francs de primes aux bons nourriciers. La caisse de retraite n'a pas été organisée. Nous avons vu par le nombre des demandes de placement que les craintes du Dr Marie n'ont pas été justifiées. Bien au contraire, les habitants nous harcèlent de demandes que nous ne pourrions pas satisfaire même avec un chiffre de malades supérieur à celui qui a été prévu. Dès maintenant, nous sommes obligés de dissuader les gens qui veulent se faire nourriciers d'installer des logements pour prendre des pensionnaires. Si nous acceptons leur proposition, ils nous considèrent comme engagés à leur égard, et le nombre de ceux qui sont inscrits est déjà trop élevé pour le chiffre de malades. Par suite, les autres sont mécontents, font intervenir député, maire, conseiller général, etc., et nous poursuivent jusque dans les rues de leurs récriminations et de leurs reproches. Il y aurait quelque imprudence à accroître ce mécontentement par de vaines promesses.

L'ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL DES NOURRICIERS

L'intérêt des nourriciers est aussi de s'introduire et d'acquérir autant pour eux-mêmes que pour les malades qu'ils sont appelés à soigner des notions d'hygiène indispensables. A cet effet, le Dr Marie avait organisé un enseignement théorique. Il réunissait les nourriciers les plus anciens et leur faisait des cours d'octobre à fin juin, un jour par semaine. Son successeur, M. Truelle, n'a pas continué cet enseignement. Il estimait, en effet, qu'on ne peut faire en quelques leçons l'éducation professionnelle des trois cents nourricières de Dun. Ces conférences, faites en bloc, sont nécessairement théoriques malgré tout le soin qu'on peut y mettre et portent sur des généralités. « Or, comment faire assimiler avec chance de profit, dit-il, à 250 femmes de 21 à 60 ans, n'ayant souvent aucune instruction, ne sachant parfois même pas signer leur nom, des idées générales sur la façon si complexe de soigner les aliénés. L'expérience

réduite aux faits a du reste prouvé, ajoute M. Truelle, que ces cours étaient suivis par une vingtaine de personnes qui n'y comprenaient rien. »

C'est pourquoi nous avions pensé à instituer une œuvre analogue à l'enseignement postscolaire comprenant : 1° des cours destinés à développer dans les familles des notions d'hygiène, de propreté, d'alimentation rationnelle, etc., conférences et démonstrations qui auraient été à la portée de tous, même des plus illettrés. Cet enseignement rudimentaire aurait été le complément des instructions verbales faites à l'occasion des visites chez les nourriciers; 2° un cours supérieur analogue à celui de l'Ecole départementale d'infirmières de la Seine. Cet enseignement aurait été réservé aux plus intelligentes d'entre les nourricières et aux huit infirmières de la colonie. Ce programme n'a pas encore été réalisé à cause des difficultés d'organisation et de l'étendue de la colonie.

La véritable éducation pratique convenant à ces cerveaux rudimentaires, suivant l'expression de M. Truelle, nous leur donnons chaque jour, pendant les visites de placement. Il faut surtout apprendre aux nourricières la façon d'aérer une chambre, de l'approprier, de ranger un trousseau, de faire un lit, de préparer les aliments, de parler aux malades, etc. Une recommandation essentielle, souvent répétée à chacune d'elles, est de prévenir immédiatement le médecin en présence du moindre incident. C'est ainsi que, peu à peu, l'instruction des nourricières s'est développée. Le procédé mis en pratique par les médecins qui se sont succédé à la colonie, d'éduquer isolément chaque nourricière à mesure des incidents qui se produisent et en présence des faits mêmes, a donné des résultats appréciables. La meilleure preuve est que les nourricières des annexes qui n'ont jamais suivi de conférences ont une valeur professionnelle souvent supérieure à celles de Dun qui ont pu autrefois profiter de ces conférences. C'est que, dans ces annexes, le chiffre des nourricières étant moins élevé, le médecin peut causer plus longtemps avec chacune d'elles et lui donner le conseil utile à propos de chaque fait particulier.

La vie du malade a la colonie. — Ses occupations

Ainsi donc, quelquefois dès son arrivée, le plus souvent après plusieurs essais, le malade a trouvé la maison qui lui convient et il s'est habitué à sa nouvelle famille. Quelle sera désormais sa vie à la colonie, ses occupations, ses distractions?

« L'aliéné, dit M. Lwoff (1), est très individualiste. La possibilité de se créer une existence plus indépendante et non assujettie à un

(1) Rapport au Préfet de la Seine (colonie d'Ainay-le-Château), 1903.

règlement comme dans les asiles est la raison principale qui lui fait préférer le régime de la colonie au régime hospitalier. »

A la colonie, le malade se lève quand il lui plaît, sort et rentre aux heures qui lui conviennnent, travaille quand il veut et pour qui il veut. Qu'il soit chez son nourricier aux heures des repas et ne s'éloigne pas de la maison après 7 heurees du soir, telles sont les seules limites à sa liberté d'action.

La plupart des malades n'abusent pas de cette liberté. Tous ceux qui sont conscients et capables d'activité demandent à s'occuper et trouvent du travail, soit à la colonie, soit chez leurs nourriciers, soit chez d'autres personnes du pays.

Trouver une occupation aux pensionnaires qui arrivent des asiles est le meilleur moyen de les acclimater rapidement à la colonie. Dès qu'ils arrivent à satisfaire leur besoin d'activité, les malades apprécient mieux la liberté dont ils jouissent. Elle leur devient même indispensable, et ils se trouvent ainsi plus heureux qu'à l'asile. Ces malades travailleurs sortis des asiles, s'améliorent d'autant mieux par l'assistance familiale, qu'ils sont très souvent sensibles, affectueux et conscients malgré leur délire. Pour leur conserver leur activité mentale et satisfaire leur besoin de travail et parfois d'affection, il nous arrive de les associer dans leur placement avec un autre malade passif et inconscient, en leur donnant mission de s'en occuper et de le réveiller de son état de torpeur. Presque toujours, les deux malades tirent bénéfice de cette association. Ces mariages de caractères, d'humeur et d'intelligence ne sont pas toujours faciles à réaliser. Ils sont d'autant plus intéressants pour le médecin et les malades qu'une association bien faite entraîne d'excellents résultats.

Actuellement à Dun, sur 560 femmes placées dans les familles, 200 travaillent d'une façon régulière. Les confectionneuses de lingerie et de coutures occupent environ 100 malades. Vingt autres font des ménages, lavent le linge ou sont employées à d'autres besognes chez des particuliers. La meilleure blanchisseuse de la ville est une de nos pensionnaires. Une autre est professeur de piano. Aux Bourdelins, c'est une malade qui tient l'orgue à l'église, le dimanche. A Dun, si la plupart des malades qui travaillent sont couturières et lingères, on compte aussi une fleuriste, une couronnière, un grand grand nombre de brodeuses, etc. Enfin, 80 malades environ viennent chaque jour à la colonie, travaillent au vestiaire, à la buanderie, dans les infirmeries. Si la malade s'occupe régulièrement à la confection des trousseaux du vestiaire, elle est inscrite au pécule pour 10, 15, et jusqu'à 30 centimes par jour, suivant son habileté. La confection des vêtements neufs nécessaires aux malades de Dun est entièrement exécutée par les pensionnaires de la colonie. Les matières premières sont achetées en pièces et les ouvrières font la

confection soit au vestiaire, soit dans leurs placements, lorsqu'elles veulent emporter l'ouvrage dans leur chambre.

La diversité des costumes de malades à Dun est aussi grande que possible. On sait que les femmes aliénées, peu soigneuses d'ordinaires des fournitures administratives, sont souvent plus économes de ce qui leur appartient personnellement. C'est pourquoi, dès l'organisation de la colonie, le Dr Marie a eu l'idée de faire tailler aux malades leurs propres robes. Cette excellente coutume est encore actuellement mise en pratique. La surveillante du vestiaire et ses aides taillent l'étoffe afin que la quantité nécessaire au costume ne soit pas dépassée et les malades cousent elles-mêmes leurs vêtements et s'habillent ainsi à leur goût.

Voici la liste complète du trousseau normal attribué à chaque pensionnaire.

Hommes		Femmes	
Bonnets de nuit	2	Bas (paires).................	3
Blouses	2	Bonnets de jour..............	2
Casquettes ou chapeaux....	2	Bonnets de nuit..............	2
Caleçons	2	Camisole	1
Chaussures (paire)..........	3	Caracos	2
Chaussettes (paire).........	3	Chaussures	3
Chemises	4	Chemises	4
Cravates, foulard...........	2	Fichus	2
Gilet à manches.............	1	Jupes de dessous............	4
Mouchoirs	6	Mouchoirs	6
Pantalons	3	Robes	2
Tricot	1	Tabliers	2
Veste	1	Tricot	1
Serviette	1	Serviette	1

Parmi les meilleures couturières, la plupart travaillent pour des entrepreneurs de confection du pays. Elles font des chemises qui leur sont payées à raison de fr. 0.20 l'une. Elles touchent directement l'argent et en font l'usage qui leur plait. Elles gagnent ainsi de meilleures journées qu'au vestiaire de la colonie. Elles ont aussi plus de liberté et se trouvent plus heureuses dans leur chambre qu'à l'atelier qui leur rappelle l'asile. D'autres, au contraire, sont heureuses de venir à l'atelier. Cette promenade faite quatre fois par jour de la maison de leur nourricier à la colonie et la société de leurs compagnes est une distraction. Plusieurs de celles qui gagnent ainsi quelque argent font des dépôts, et le compte des dépôts et pécules au 31 décembre 1909 s'élève à: pécule, fr. 5,160.50; dépôt, fr. 6,380.81.

Ces travailleuses se préservent assez bien de l'exploitation par les habitants. Même les plus délirantes connaissent la valeur de leur

travail. Elles l'estiment même d'ordinaire plus qu'il ne vaut. Elles ne sont pas, il est vrai, payées au tarif des ouvrières ordinaires, mais elles touchent souvent plus qu'au taux du pécule administratif.

« Il faut bien aussi convenir, dit le Dr Truelle (1), que si la population n'avait pas quelque intérêt à garder nos malades, elle ne les prendrait pas. Il faut seulement éviter que ce mobile n'ait des conséquences excessives, d'où la nécessité d'une surveillance qui doit être d'autant plus active, qu'elle est plus délicate et plus difficile. »

Les malades occupées à travailler pour des confectionneuses de la ville qui leur servent d'intermédiaires et envoient l'ouvrage aux grands magasins (Louvre, Bon Marché, etc.) gagnent en moyenne fr. 0.30 par jour. Or, on fait aux colonies l'objection qu'elles privent les asiles de la Seine de leurs bonnes couturières et qu'ainsi le prix de journée de ces asiles est augmenté. Pourquoi la confection de certaines pièces de lingerie destinées aux malades des asiles de la Seine ne serait-elle pas confiée aux pensionnaires de la colonie, sous le contrôle de la surveillante du vestiaire. Tout le monde y trouverait son compte: 1° nos malades d'abord qui pourraient toutes travailler et toucheraient ainsi un pécule régulier de fr. 0.30 par jour; 2° le département ensuite qui paierait moins cher qu'aux ouvrières du dehors, ou aux fournisseurs qui servent d'intermédiaires, les chemises, mouchoirs, jupons, etc. Les malades travailleuses rendraient ainsi au département les mêmes services à la colonie qu'à l'asile.

Dans les annexes, à la campagne, aussi bien à Ainay qu'à Dun, les nourriciers emmènent leurs malades aux champs. Les pensionnaires travaillent avec eux, ou bien gardent les vaches ou les moutons. C'est ainsi qu'à Cilly, une malade, très délirante du reste, passe toutes ses journées pendant l'été à garder les moutons assise dans le champ, derrière la maison de ses nourriciers. Dans ce même petit pays, le service du journal est fait entre Bussy et Cilly par une pensionnaire de la colonie qui va chaque matin le chercher pour en faire la distribution dans le hameau. Tous ces petits services sont payés par quelques sous, le plus souvent du café et des douceurs, un fichu, des rubans, si c'est une femme; une blague à tabac, une pipe si c'est un homme. Lorsque le malade ne veut pas travailler pour son nourricier, il cherche à s'occuper chez un voisin. Les hommes de la colonie à Ainay trouvent à s'employer pour scier du bois, faucher, jardiner, porter l'eau ou même travailler chez le cordonnier ou le chaudronnier. « Un de nos pensionnaires, dit le Dr Bonnet (2), donne des leçons d'écriture. Un autre tient la comptabilité et rédige les livres des commerçants de la ville. Un ancien professeur donne

---

(1) Dr TRUELLE. Rapport au Préfet de la Seine, 1902.
(2) Rapport au Préfet de la Seine (colonie d'Ainay-le Château). 1905.

des leçons de français aux enfants de deux notables commerçants du bourg. Un ancien sous-chef de musique donne des leçons de violon. Un mécanicien répare toutes les machines à coudre, etc. »

DISTRACTIONS, PROMENADES, RÉUNIONS

Toutefois, soit par goût, soit parce qu'ils ne trouvent pas à s'occuper à une besogne qui leur convienne, un grand nombre de malades ne travaillent pas. Certaines femmes qui, à l'asile, étaient employées dans les services généraux, épluchage, pliage, buanderie, se contentent à la colonie d'aider leur nourricière à faire les lits, balayer la chambre et laver la vaisselle. Cette besogne terminée, elles se promènent dans les rues, se font des visites et excursionnent pendant l'été dans les environs du pays.

« Par le seul fait, dit le Dr Marie (1), que, libres dans les rues, elles s'y promènent à leur guise, nos malades ne sont jamais inactives et participent dans une certaine mesure à l'existence commune. Elle ont une vie intellectuelle plus active qu'elles n'auraient à l'asile, même si à l'asile elles passaient leur journée à éplucher des légumes ou à effiler de la laine. » Des faits comme celui-ci prouvent qu'en se mêlant par leurs promenades et leurs excursions à la vie des habitants du pays, nos malades peuvent se rendre utiles. « Une pensionnaire de la colonie, très délirante, du reste, puisqu'elle se figure être Jeanne d'Arc (à cause de l'activité de son délire, elle sera prochainement réintégrée), circule chaque jour dans les environs de Dun. Au cours d'une de ses promenades, elle a rencontré, cet été, un homme du pays frappé d'une attaque, au bord du chemin. Elle a été chercher du secours et a aidé à le porter chez lui. »

Les aliénés séquestrés depuis longtemps dans un même quartier d'asile, ignorent quelquefois jusqu'au nom de leur voisin de table. C'est aussi le cas de quelques uns de nos pensionnaires chez lesquels le délire est encore trop intense pour laisser place à des sentiments affectifs. Mais ceux dont le délire est moins actif sont plus sociables. Pour la plupart d'entre eux, le plaisir de se réunir est tel que chaque jour ils se donnent rendez-vous à la même place dans le village. A Dun, les malades s'assemblent volontiers dans le jardin de la colonie. Mais plus volontiers encore, elle se réunissent dans le petit square à côté de l'église, en face de la colonie. Beaucoup d'entre elles se rassemblent pour assister aux cérémonies faites à l'église de Dun. Elles assistent à toutes les noces, aux baptêmes, aux enterrements où leur tenue est toujours très correcte. Lorsqu'il y a un décès, certaines démentes, toujours les mêmes, font partie du cor-

(1) Dr MARIE. Rapport au Préfet de la Seine (colonie de Dun-sur-Auron). 1895.

tège et, suivant la remarque du Dr Marie, « pleurent sincèrement le mort qu'elles n'ont jamais vu ». Le cimetière est très fréquenté par nos malades et le respect des morts est un sentiment si profondément acquis pour la plupart d'entre elles, que nous n'avons jamais d'incident à regretter.

Beaucoup de malades se lient entre elles et se font des visites dans leurs chambres. Quelques unes se créent des relations en ville, mais la plupart fréquentent plus volontiers leurs compagnes. Elles se réunissent surtout et se visitent entre pensionnaires venues d'un même asile. C'est ainsi qu'une malade transférée de Montauban, se promène ou vient travailler avec une autre pensionnaire qu'elle a connue autrefois dans son quartier. Elle ont les mêmes souvenirs, sinon des goûts semblables. Deux Alsaciennes, l'une de Phalsbourg, l'autre de Wissembourg, venues de deux asiles différents, ont fait connaissance à la colonie. Elles habitent le petit pays des Chemeaux, chez des nourriciers voisins et ne se quittent guère. Elles travaillent ensemble et vont ensemble à la messe le dimanche.

A l'occasion d'une mutation de placement ou de l'arrivée d'un transfert ou d'une fête, il arrive que les malades s'invitent entre eux. Les riches, c'est-à-dire ceux qui travaillent ou reçoivent de l'argent de leur famille, invitent ceux qui sont moins favorisés.

A Dun, en faisant une tournée, nous avons assisté à un de ces dîners. Une de nos malades avait invité dans sa chambre quatre autres pensionnaires venues comme elle de Maison-Blanche. Le poulet rôti qui était sur la table indiquait l'aisance de l'hôtesse qui était en même temps la cuisinière.

Un malade homme employé à Dun au jardin de la colonie, a retrouvé une femme de son pays, une ancienne voisine, qui est aussi pensionnaire de la colonie. Tous deux, l'homme 55 ans, la femme 60 ans, se retrouvent à la sortie du travail, se promènent ensemble le dimanche et s'accompagnent tantôt l'un, tantôt l'autre jusque chez leurs nourriciers. Leur tenue est très correcte et, à cause de leur âge, on a le droit de croire à la pureté de leurs intentions. A quoi bon troubler cette idylle et faire deux malheureux en renvoyant l'un ou l'autre dans un asile fermé ?

Les pensionnaires qui travaillent arrivent ainsi à remplacer le confort des asiles de la Seine en achetant des suppléments que leur nourricière n'arriverait pas à leur procurer : gâteaux, sucre ou viande en plus grande quantité, café, savons parfumés, eau de Cologne, etc.

A Ainay, de même qu'à Dun, les relations qui s'établissent entre malades venus d'un même asile par des transferts successifs servent à acclimater à la colonie les nouveaux pensionnaires. A Ainay, les malades trouvent, au centre de la colonie, une salle de réunion ouverte toute la journée, avec des journaux, des jeux et du papier à

lettres pour faire leur correspondance. A toute heure, ils peuvent se procurer une tasse de café que la cuisinière est autorisée à leur vendre pour 10 c. A Dun, la salle de réunion n'est ouverte que le jeudi et le dimanche. Cette salle, trop étroite, doit être prochainement remplacée par une autre plus grande et mieux organisée. Actuellement, elle est réservée à l'aristocratie de nos malades, pour ainsi dire, à celles qui sont capables de comprendre la musique, et de feuilleter les journaux illustrés. Pour toutes ces pensionnaires qui se réuniraient plus nombreuses si la salle était moins exiguë, la grande distraction, chaque dimanche, est d'écouter le piano, le gramophone, et de prendre du thé ou du sirop, suivant la saison. C'est la surveillante du vestiaire qui préside à ces matinées musicales très appréciées des malades, surtout pendant l'hiver. A Ainay, presque tous les pensionnaires valides assistent à ces séances hebdomadaires. Nous empruntons à un rapport du Dr Lwoff (1), la description de ces réunions : « On fait de la musique, dit-il, on chante, on dit des monologues. Nous recrutons des artistes surtout parmi nos malades et les infirmiers. Quand les artistes manquent ou quand le répertoire est épuisé nous faisons marcher le phonographe. »

L'avantage de ces réunions est de détourner les hommes du cabaret et d'obliger les malades à se connaître, à s'intéresser les uns aux autres, et, au besoin, à se rendre service. Avec les spectacles donnés bien rarement par des troupes foraines de passage et des séances de cinématographe plus fréquentes parce que l'entrepreneur habite Dun, ces réunions du dimanche sont la grande distraction des pensionnaires de la colonie. Dans les annexes, leur seul plaisir est de recevoir, à l'occasion des fêtes du 14 juillet, 1er janvier et Pâques, des distributions de chocolat, d'oranges, etc., qui sont faites à toutes les malades.

RAPPORTS AVEC LA FAMILLE, CONGÉS ET SORTIES

A la colonie, de même qu'à l'asile, le congé de plusieurs jours ou même de plusieurs mois est une bonne mesure qui permet à l'aliéné de reprendre contact avec sa propre famille. Ces permissions, nous les donnons toutes les fois qu'elles nous sont demandées par les parents à la condition que le malade soit accompagné de ses nourriciers ou d'une personne de sa famille. Les congés ne présentent d'ordinaire aucun inconvénient. Au contraire, le malade tourmenté du désir de revoir ses proches, supporte mieux, lorsque son désir est satisfait, une prolongation de séjour à la colonie. Toutefois, pour certaines malades, le congé est l'occasion d'une rechute.

---

(1) Dr LWOFF. Rapport au Préfet de la Seine (colonie d'Ainay-le-Château) 1903.

OBSERVATION X. — Mme M., entrée en 1896, atteinte de psychose maniaque-dépressive, a présenté plusieurs fois une crise d'excitation ou un accès de dépression après son retour de congé. Chaque année, malgré nos conseils, ses enfants insistent pour l'emmener à Paris, pendant quelques jours. Ils devraient se contenter de venir lui rendre visite chez ses nourriciers.

La dernière crise date de 1909. La malade est revenue de congé désorientée, troublée avec des idées de culpabilité et de refus d'alimentation.

Nous avons déclaré à la famille que nous nous opposerions désormais à ces sorties prématurées.

On peut observer que, dans les colonies, les sorties ne sont pas fréquentes: 9 en 1908 à Dun pour 1,014 malades traitées et 6 en 1909 pour 1,116 malades traitées. Cette rareté des sorties s'explique par deux raisons: 1° les pensionnaires des colonies sont, pour la plupart, des malades chroniques; 2° presque tous n'ont plus de famille ou n'ont de relation qu'avec des parents éloignés qui ne peuvent pas se charger de leur assurer l'existence, à la sortie. Cette dernière cause, tout aussi bien que le nombre exceptionnel de guérisons, donne l'explication du petit nombre de sorties.

Si les guérisons sont très rares, les améliorations, en revanche, sont très fréquentes.

Les sorties seraient chaque année plus nombreuses et, actuellement, nous pourrions rendre à la liberté plusieurs malades si elles avaient des parents ou des amis qui se chargent de leur venir en aide et de leur trouver du travail. En réalité pour beaucoup de pensionnaires de la colonie, on peut vérifier l'exactitude de l'observation faite par Lwoff et Truelle que « le milieu familial, moins déprimant que celui de l'asile, est favorable au traitement des maladies mentales et que les convalescents surtout pourraient en tirer grand profit ».

Les malades de la colonie qui ont encore une famille ne sont pas nombreux. Les visites qui leur sont faites par leurs parents chez les nourriciers seraient plus fréquentes si les colonies n'étaient pas situées à une aussi grande distance de Paris. Toutefois, certains malades sont visités plusieurs fois dans l'année, surtout à l'occasion des fêtes: Pâques, la Pentecôte, etc. Les familles qui, parfois, à leur premier voyage, s'imaginaient que leur parent était placé dans un milieu grossier et malpropre, s'étonnent de le voir bien traité et plus heureux qu'à l'asile. Le plus souvent, les parents du malade acceptent de prendre leurs repas chez les nourriciers. Des relations se créent ainsi entre les nourriciers et les parents de malades. Par suite, quelques familles demandent directement des nouvelles aux nourriciers qui répondent aussi, sans passer par notre intermédiaire. Nous étudierons plus tard les inconvénients de cette façon d'agir qui, du reste, est l'exception. Le plus souvent aussi, les familles écrivent directement au malade. Celui-ci a toute liberté pour répondre et mettre lui-même ses lettres à la poste.

En résumé, l'existence du malade à la colonie est aussi indépendante que le permet son état mental. Toutefois, pour tous ces malades, la plupart âgés, la vie ne s'écoule pas toujours d'une façon uniforme, sans heurts, sans incidents, sans secousses physiques ou morales. Même aux plus valides, il faut des soins et une surveillance constante. Assurer à l'aliéné un appui moral en même temps qu'un traitement physique, si son état l'exige, tel est le rôle des nourriciers, des surveillants et des médecins.

DU RÔLE DES NOURRICIERS

Le nourricier ou plutôt la nourricière car, dans le ménage, c'est plutôt la femme qui s'occupe des pensionnaires, est-elle bien préparée à cette mission de garde-malade? En examinant dans une autre étude les « inconvénients de la colonie », nous examinerons les qualités et défauts des nourriciers. Sans doute, on ne peut exiger d'une paysanne sans éducation les soins attentifs et délicats que nous sommes en droit de demander aux infirmières de profession. Toutefois, avec de la bonne volonté et une certaine préparation, on devient apte à soigner les malades et à les bien soigner. « On naît, dit Marie (1), avec les capacités latentes voulues pour s'occuper des malades. L'homme qui ne possède pas tout d'abord, par instinct ou par hérédité, ces capacités voulues, ne peut être ni un bon nourricier ni un bon infirmier. »

En réalité, tout ce qu'on demande aux nourriciers, c'est d'être de braves gens. Dans le pays choisi pour l'installation des colonies, ces braves gens sont la majorité. Si certaines femmes sont brusques, maladroites et stupides dans leurs rapports avec les malades, les bons nourriciers, c'est-à-dire ceux qui s'attachent à leurs pensionnaires, s'y intéressent et les traitent comme des parents infirmes, ne sont pas rares.

La principale fonction de la nourricière est de renseigner le médecin sur l'état du malade. Elle prépare les repas, veille à la propreté de la chambre et du linge et à la tenue des aliénés qui lui sont confiés. Elle prévient lorsqu'un pensionnaire est indisposé, fatigué et inquiet. Toute modification du caractère, tout changement dans l'état physique ou mental doit être l'occasion d'une visite de médecin. C'est au médecin de voir si le malade peut être soigné dans sa chambre ou si, en cas d'indisposition grave, il doit être transporté à l'infirmerie. Le grand reproche que l'on peut faire aux nourriciers est d'avertir trop tard des indispositions qui surviennent chez leurs malades. Ils craignent la perte pécuniaire qui résulte pour eux des journées d'absence du pensionnaire pendant son séjour à l'infirme-

(1) D[r] MARIE. Rapport au Préfet de la Seine (colonie de Dun s/Auron), 1895.

rie. On sait, du reste, que, pour eux-mêmes et leur propre famille, les paysans sont « très durs au mal » suivant leur propre expression. Ils attendent toujours à la dernière extrémité pour aller chercher le médecin. A l'égard de nos malades, ils témoigneraient la même négligence, si les visites des surveillants et des médecins n'étaient pas fréquentes.

SERVICE MÉDICAL ET SERVICE DE SURVEILLANCE

La fréquence des visites médicales dans les placements est, à notre avis, la condition la plus indispensable du bien-être des malades. A Dun, tous les pensionnaires sont vus environ une fois par semaine par un surveillant et par un médecin. Les gardes de section, visiteurs ou surveillants, sont au nombre de trois pour la ville de Dun. Pour la commodité du service, la ville a été divisée en un certain nombre de sections d'après les rues et les quartiers. Chaque jour, une tournée est faite matin et soir et chaque tournée comprend de vingt à trente placements. Le surveillant marque sa visite sur le carnet du nourricier avec un timbre dateur dont les chiffres sont remplacés tous les jours. Il note tout ce qu'il a constaté dans sa tournée chez les nourriciers, l'état mental des malades, leurs occupations, leur tenue, l'entretien de leur literie et de leur trousseau. Le plus souvent possible, sa visite doit être faite à l'heure des repas, et le médecin peut ainsi surveiller l'alimentation et se rendre lui-même dans les placements douteux.

Afin que les médecins puissent se partager la besogne et faire aux malades des visites fréquentes, la colonie de Dun est divisée en un certain nombre de circonscriptions. Par le tableau ci-joint et le plan qui lui est annexé on peut se rendre compte de l'étendue des services.

DIVISION DES SERVICES DE LA COLONIE

Siège central de la colonie

Pavillon des gâteuses et infirmes (48 lits) : médecin directeur.

Infirmerie des malades délirantes et agitées (15 lits) : premier médecin adjoint.

Infirmerie des malades atteintes d'affections incidentes ou contagieuses (9 lits) : deuxième médecin adjoint.

Service du laboratoire : premier médecin adjoint.

Service des autopsies : deuxième médecin adjoint et médecin assistant.

Service de garde, des visites médicales d'urgence dans les placements et surveillance de la pharmacie : médecin assistant.

Ville de Dun

Lundi matin, rue Saint Côme : premier médecin adjoint.
Lundi soir, route de Bussy : deuxième médecin adjoint.
Mardi matin, rue Saint-Denis : premier médecin adjoint.
Mardi soir, rue de l'Ermitage : deuxième médecin adjoint.
Mercredi matin, rue des Crots : premier médecin adjoint.
Mercredi soir, rue Pilmoy : deuxième médecin adjoint.
Jeudi matin, rue Grosse Pont : premier médecin adjoint.
Jeudi soir, Grande Rue : deuxième médecin adjoint.
Vendredi matin, rue de l'Hirondelle : premier médecin adjoint.
Vendredi soir, rue Saint-Vincent : deuxième médecin adjoint.
Samedi soir, Trans-Auron : deuxième médecin adjoint.

Annexes

Annexe de Levet (14 kilomètres) : deuxième médecin adjoint et médecin assistant.

Annexe de Nizerolles (4 kilomètres) : médecin directeur.

Annexe de Cilly-Les Chemeaux (6 kilomètres) : médecin directeur.

Annexe d'Osmery (10 kilomètres) : médecin directeur.

Annexe d'Ourouër-les-Bourdelins (20 kilomètres) : médecin directeur et médecin assistant.

Le personnel médical se compose de un médecin directeur, deux médecins adjoints, trois médecins assistants. L'un des assistants réside au centre de la colonie, les deux autres habitent, l'un l'annexe de Levet et dispose d'une petite infirmerie de quatre lits ; l'autre, l'annexe des Bourdelins, et dispose d'une infirmerie de deux lits. Dans ces deux annexes, de même qu'à Osmery, on a installé un établissement de bains très rudimentaire, il est vrai, mais qui rend des services aussi bien aux pensionnaires qu'aux habitants du pays.

Les surveillants sont au nombre de trois, au centre de la colonie. L'un d'eux est chargé spécialement, outre ses visites, du service des incidents et évasions. Un surveillant à l'annexe d'Ourouër les Bourdelins (20 kilom., 112 malades), est chargé avec le médecin-assistant de la visite des placements qui dépendent de cette annexe. Une surveillante résidant à Osmery (10 kilom. de Dun, 80 malades), visite toutes les malades de cette annexe une fois chaque semaine et prévient immédiatement en cas d'incident.

Un nourricier, choisi parmi les plus intelligents et les meilleurs, remplit le même office aux Chemeaux (6 kilom., 38 malades), tan-

dis que l'annexe de Nizerolles (4 kilom., 50 malades), est visitée par un surveillant de Dun.

Dans chacune des annexes, l'assistant ou le surveillant qui vit au milieu des malades transmet chaque semaine son rapport aux médecins de Dun et avertit à l'occasion du moindre incident. Ce personnel est en contact incessant, non seulement avec les pensionnaires, mais avec la population. Pour exercer son contrôle sur les actes des nourriciers et des pensionnaires et éviter des froissements de part et d'autre, il faut que le surveillant présente encore plus de garanties à la colonie qu'à l'asile. Ce service de surveillance dans les familles exige des qualités de tact, de prudence, de modération et surtout de fermeté, qui rendent le choix de nos agents particulièrement délicat.

Les visites sont disposées de façon à ce que le médecin puisse voir ses malades une fois par semaine. Tout ce qu'il note de particulier est consigné sur une feuille d'observation spéciale. A cette feuille d'observation, établie le jour de l'entrée de la pensionnaire à la colonie, est jointe une photographie qui permet des recherches en cas d'évasion. Toutes les indications concernant l'état mental et la santé physique, poids, urine, etc., sont exactement notées, dès l'entrée. Au bureau de la colonie se tient en permanence un surveillant et plusieurs heures par jour le médecin-assistant. Ils reçoivent les réclamations des malades et celles des nourriciers. Chaque plainte est examinée par le médecin de la section et est l'objet d'une enquête. Le résultat de cette enquête peut être la mutation du malade, c'est-à-dire son passage dans un autre placement ou son retour à l'infirmerie. Parfois, dans le cas de soins insuffisants, il faut enlever les deux malades au nourricier. Le plus souvent, il s'agit d'un désaccord passager entre nourricier et malade ou entre les deux malades. L'affaire s'arrange avec quelques paroles et un encouragement à la patience, ou par le changement de l'un des malades.

Nous avons vu, d'après le tableau de la division des services, que la ville de Dun est séparée en deux sections. Chacune d'elles est confiée à un médecin-adjoint qui doit visiter et soigner les malades. Pour l'une et l'autre section cette visite ne peut s'effectuer qu'en plusieurs tournées qui comprennent chacune plusieurs rues.

La plupart du temps, le médecin de la section accompagne l'un des surveillants dans les tournées régulièrement faites chaque jour, matin et soir. Parmi les malades ainsi visitées, celle-ci demande à changer de placement, cette autre est atteinte d'une affection physique nécessitant des soins et une surveillance, cette autre enfin est gravement malade ou présente une crise d'agitation. C'est au médecin de juger si le transport immédiat à l'infirmerie n'est pas le meilleur moyen d'éviter des accidents.

Le personnel médical de la colonie n'est donc pas trop nombreux

si on songe que les 962 malades actuellement hospitalisées à Dun sont ainsi réparties:

Chez les nourriciers		de la ville de Dun..............	566
»	»	de Levet, à 14 kilom..........	58
»	»	de Nizerolles, à 4 kilom.......	50
»	»	de Cilly, à 7 kilom............	12
»	»	des Chemeaux, à 6 kilom......	25
»	»	d'Osmery, à 9 kilom..........	79
»	»	d'Ourouërer les B^{ins}, 20 kil.	112
Dans les infirmeries de la colonie......................			60
			962

La visite du médecin dans les placements est surtout indispensables pour surveiller les nourriciers. De ce que le malade vit librement dans un village, loge dans une famille qui doit le nourrir et le soigner, il faut craindre aussi que cette famille cherche à l'exploiter. « Si les nourriciers prennent des pensionnaires, dit le Dr Truelle, c'est pour en retirer un bénéfice; avant d'être les auxiliaires du médecin, ils sont les ennemis du malade. Après l'entrée du malade à la colonie et le choix de son placement, c'est-à-dire de son compagnon et de son nourricier, il importe que le médecin puisse voir le plus souvent le nouveau pensionnaire. Il étudiera la façon dont il est soigné, nourri, vêtu, nettoyé, dirigé et surveillé par ses nourriciers. Lui seul aura l'influence morale nécessaire pour l'aider à s'acclimater, à trouver des occupations et le diriger dans ses occupations. » Rôle complexe si on songe que sans parler du temps passé à visiter les malades dans les annexes et par suite de l'analogie de la profession avec celle de médecin de campagne, l'intervention du médecin de la colonie est indispensable dans toutes les occasions et à tout instant de la journée. C'est un service actif et permanent et non pas, comme cela peut se faire dans un asile, limité à quelques heures par jour.

La méthode du placement des aliénés dans les familles se résume dans la formule de Lwoff: « Vie libre avec surveillance médicale active et continue. » Lorsque l'action du médecin peut s'exercer sur le malade, la colonie reste un mode de traitement des aliénés et non plus seulement un moyen économique de les assister.

Le rôle de médecin d'une colonie familiale n'est pas moins intéressant que celui du médecin d'asile. Si l'un peut disposer d'une observation scientifique plus complexe et plus variée, le rôle social de l'autre est aussi important. C'est avant tout une fonction d'éducateur dans laquelle toutes les qualités du psychologue peuvent se révéler. Bien choisir les malades, les associer entre eux, les associer aussi avec leurs nourriciers, instruire ceux-ci autant dans l'intérêt

de leurs pensionnaires que leur propre intérêt, tout le fonctionnement de la colonie est dans ces détails. Fermeté, patience et tact, telles sont les qualités indispensables pour en imposer à l'aliéné et obtenir des paysans auxquels on le confie l'assistanse physique et morale nécessaire à son état. A la fois médecin de campagne et médecin d'asile, le médecin des colonies éprouve avant tout cette satisfaction de ne pas se sentir assujetti au roulement uniforme d'une vie de caserne. Ses moyens de contrainte sont la seule volonté et l'influence morale qu'il sait prendre sur ses malades ; sa satisfaction c'est d'ignorer les verrous, les clefs, les cellules, la camisole de force, les sauts de loup, et de ne compter que sur lui-même pour maintenir chez ses pensionnaires le calme relatif qui leur assure la liberté.

En colonie familiale, plus encore que dans un asile, à cause de la liberté accordée aux malades et de la multiplicité des incidents qui en résulteraient, il faut que l'influence morale du médecin se fasse sentir sur chaque pensionnaire individuellement. Cette influence morale est le seul mode d'action dont le médecin dispose et il ne pourra l'imposer que par son contact avec le malade. « A diverses reprises, dit le Dr Truelle (1), pour n'avoir pas tout de suite trouvé un médecin qui, par quelques minutes d'entretien rétablit momentanément l'équilibre, il est arrivé que certaines malades ont fait des tentatives d'évasion. » La colonie ne peut être acceptée comme un moyen de traitement des aliénés que si, en toute occasion et à tout instant de la journée, le médecin est à la disposition du malade. Celui-ci ne doit jamais attendre plusieurs jours la visite médicale. Il faut qu'à tout moment, il trouve un protecteur à qui il puisse exposer ses désirs et ses besoins et faire ses réclamations.

DU SÉJOUR DES MALADES DANS LES INFIRMERIES

Si exacte que soit la surveillance médicale et sévère, le choix des malades, on ne peut éviter des poussées d'excitation ou de délire survenant chez des aliénés qui étaient très calmes à l'époque de leur transfèrement. Parfois, la crise est produite par le changement de milieu. Souvent, après des mois et des années de séjour à la colonie, un malade, jusque là tranquille, s'excite sous l'influence d'une discussion avec ses nourriciers ou son compagnon ou d'une lettre de sa famille ou d'une visite de ses parents. Pendant ces crises de délire et ces poussées d'excitation, une surveillance efficace est nécessaire. Elle ne peut s'exercer que dans une infirmerie où, en toute sécurité, le médecin pourra observer le malade et empêcher une tentative de suicide ou un acte de violence. Cette observation qui dure plusieurs jours et se prolonge même des mois est indispensable avant

(1) Dr TRUELLE. Rapport au Préfet de la Seine (colonie de Dnn s/Auron), 1905.

de replacer le malade chez ses nourriciers, lorsque la crise est passée. Dans le cas d'un accès trop long, d'une délire trop violent, le malade ne peut plus être assisté en famille et sera réintégré dans un asile fermé, aussi proche que possible de la colonie. Le séjour des entrants à l'infirmerie est, avant leur placement chez les nourriciers, le moyen d'étudier leur caractère, leurs goûts, leurs aptitudes au travail.

A Dun, les infirmeries sont donc réservées : 1° aux nouvelles malades qu'on ne peut placer dans les familles sans une observation plus ou moins longue ; 2° à celles qui, brusquement, ont quitté leurs nourriciers ; 3° aux délirantes aiguës (excitation, accès d'alcoolisme, tendances au suicide, etc.). On sait que les aliénés chroniques ne sont pas toujours immuables dans les détails de leur délire et leurs réactions. Ils sont sujets à des épisodes aigus pendant lesquels leur état mental peut devenir un danger, soit pour eux-mêmes, soit pour leur entourage ; 4° aux malades trop âgées et devenues gâteuses et tout à fait impotentes ; 5° aux malades atteintes d'affections graves et auxquelles des soins constants et délicats sont nécessaires.

En principe, le nourricier doit garder chez lui ses pensionnaires quand ils sont atteints d'une affection physique (grippe, pneumonie, entérite), et exécuter les prescriptions médicales élémentaires : cette règle est observée le plus souvent possible, car beaucoup de malades éprouvent quelque répugnance à entrer à l'infirmerie, qui leur rappelle l'asile. Ceux qui voient les choses au point de vue théorique, pourront objecter que si l'existence de nos malades était vraiment la vie de famille, un pensionnaire malade devrait toujours être traité et soigné chez ses nourriciers. Sans doute, mais il s'agit d'aliénés, c'est-à-dire de malades souvent indociles. Même à l'asile, avec un personnel bien dressé et bien dirigé, le médecin n'arrive pas toujours à imposer au malade le traitement qui lui convient. A la colonie, lorsque le cas est grave et s'il s'agit de soins continus, la nourricière n'a pas toujours l'autorité nécessaire pour imposer à l'aliéné le séjour au lit, le panser ou lui faire prendre ses médicaments. Le malade est transporté à l'infirmerie où les visites du médecin sont plus fréquentes et le personnel mieux préparé que les nourriciers à lui donner des soins plus éclairés, sinon plus dévoués. Quant à la transmission des maladies contagieuses du pensionnaire à ses nourriciers et réciproquement, le passage du malade à l'infirmerie est le meilleur moyen de l'éviter.

Centre de la colonie. — Disposition des locaux

A Dun, le centre de la colonie est constitué par trois infirmeries : 1° un pavillon de 48 lits destiné aux gâteuses ; 2° un dortoir de 15 lits séparé en deux salles par une cloison et deux chambres d'isolement pour les délirantes aiguës et malades agitées ; 3° une infirmerie de 10 lits avec deux chambres d'isolement pour les affections

somatiques. Ces trois infirmeries séparées par une cour et un jardin sans porte ni clôture sont la partie essentielle du centre de la colonie.

Ce petit asile, insuffisant, du reste, à cause de l'importance actuelle de la colonie, est fermé en avant, dans la partie qui donne sur la rue, par la maison du directeur et un autre bâtiment qui lui fait suite. Au premier étage, le vestiaire, les appartements du médecin-adjoint, du médecin-assistant et de l'économe. Au rez-de-chaussée, une salle d'attente pour les malades qui viennent à la consultation et pour les nourriciers, une petite pharmacie, les bureaux de la direction, l'économat et la salle de réunion des pensionnaires. Un amphithéâtre, un laboratoire, une buanderie, des écuries et remises sont placés dans des locaux annexes et complètent une installation qui s'est faite peu à peu, et pour ainsi dire, morceau par morceau.

SERVICE DES BAINS

Le service des bains a été établi dans un local proche des lavoirs, en ville, et l'établissement est assez éloigné du centre de la colonie. Le matériel : moteur à pétrole, baignoires, appareil à douches appartient à la colonie. Le chauffage des bains, le nettoyage, lavage et entretien du matériel est fait par le concessionnaire qui est un entrepreneur à qui nous payons une somme déterminée d'avance pour chaque bain donné. Chaque année, celui-ci donne aux malades placées à Dun environ 3,000 bains simples ou médicamenteux. Le nombre des bains n'est pas limité et les pensionnaires peuvent en prendre chaque fois qu'elles le désirent. Quelques-unes profitent de cette facilité, mais elle ne sont pas les plus nombreuses. Le plus souvent, les malades oublieraient de venir même une fois par mois, si, à l'occasion de ses visites, le surveillant ne distribuait pas des feuilles volantes avec la date des jours destinés aux bains.

L'hygiène de nos malades ne peut pas dépendre de celle des habitants et des nourriciers, car ceux-ci ont horreur de l'eau. On a réservé, en effet, aux habitants du pays, plusieurs jours par semaine où ils peuvent prendre un bain moyennant fr. 0.30, donnés au baigneur. Or, pour une population qui est de 4,000 habitants dans la ville de Dun, on ne compte que 300 bains donnés en 1909 à des personnes autres que les malades de la colonie. Si donc les nourriciers conduisent les pensionnaires aux bains, ce qui est l'essentiel, ils se gardent bien, en général, d'en user pour eux-mêmes.

Telle est l'organisation actuelle des colonies familiales en France. Ainsi qu'on l'a constaté au Congrès de Milan en 1908, l'œuvre est stable et durable et elle a fait ses preuves. Si l'extension de l'assistance familiale aux aliénés inoffensifs ne peut pas beaucoup s'étendre, du moins l'entreprise ne doit-elle pas péricliter, mais à deux conditions : 1° choisir avec soin et en nombre suffisant, chaque année, les malades qui seront placées dans les familles ; 2° veiller à ce que le système ne dégénère pas en une spéculation intéressée, qui serait toute entière au désavantage de l'aliéné.

NÉRONDES

Les Loges

vers Sancoize

-oulon

Flavigny

les Colas

les Gadeliers

la Vauville

Croisy

Coron

OUTOUET

Gds Charentons

les Gds Charentons

Gre
vers Chateau-

-ncoins

-les ....

-mentales ....

-s Commun.les ...

-t. et Com.es ....

Orléans .....

-nomique .....

-y ....

TRAVAUX ORIGINAUX

Morphologie et évolution des cellules de Cajal

PAR

G. MARINESCO,
Professeur à la Faculté de médecine
de Bucarest

T. MIRONESCO
Privat docent à la Faculté de médecine
de Bucarest

I

La plupart des auteurs anciens, tels de Meynert, Krause, Betz, Bevan Lewis et Clarke, etc., avaient admis que la première couche ou la couche zonale, est dépourvue de cellules nerveuses et ce n'est qu'en 1890 que Cajal a établi l'existence et étudié la morphologie de certaines cellules nerveuses qui siègent dans la couche zonale, question sur laquelle il est revenu dans plusieurs publications ultérieures. Il faut cependant ajouter que d'après Veratti, c'est Golgi qui aurait démontré pour la première fois l'existence des cellules de Cajal. Dès l'année 1891, Cajal proposa la classification suivante des cellules décrites par lui dans la première couche de l'écorce cérébrale chez la plupart des mammifères : 1° cellules polygonales dont les dendrites divergent dans tous les sens, l'axone naît d'un côté de la cellule, il a un trajet variable et souvent très court ; 2° cellules fusiformes, horizontales, pourvues à chacune de leurs extrémités d'une dendrite très longue munie de ramifications ascendantes. De la courbure de chaque dendrite ou seulement de l'une d'elles naît un axone ; 3° cellules triangulaires à dendrites divergentes dès leur origine dans toutes les directions ; l'une d'entre elles descend vers l'étage profond de la première couche et se divise en deux rameaux très longs. Le nombre des axones varie de deux à quatre. Il est à remarquer que toutes ces cellules sont situées à une assez grande distance de la surface de l'écorce et que, d'autre part, les deux dernières catégories ne sont pas nettement distinctes l'une de l'autre. En 1891, Retzius retrouva chez le lapin les cellules décrites par Cajal, il décrivit en outre chez un fœtus humain de 8 mois des cellules à direction verticale donnant naissance à un grand nombre de prolongements courts, épais, légèrement axiformes, et se terminant près de la surface et ayant aussi des dendrites horizontales beaucoup plus longues munies de ramifications ascendantes se terminant par une extrémité renflée. En l'absence d'autres prolongements offrant les caractères d'un axone, il considéra ces cellules comme névrogliques et Kölliker accepta cette opinion. En 1892, Cajal décrivit chez des animaux nouveau-nés de plusieurs espèces

des cellules fusiformes horizontales donnant naissance à l'un des pôles à une dendrite ramifiée et par l'autre à un long axone émettant à angle droit un certain nombre de collatérales. Il les désigna du nom de cellules unipolaires, fusiformes sans se prononcer sur la nature définitive ou transitoire de ces cellules. L'année suivante, Retzius constata chez le fœtus humain des cellules semblables mais munies de ramuscules ascendants plus nombreux, mais il n'admit pas le qualificatif employé par Cajal de cellules unipolaires, car il s'agissait là de cellules réellement bipolaires. Retzius décrivit en outre dans le même mémoire, et sans essayer d'établir leur dérivation, les nombreuses formes décelées par le chromate d'argent chez le fœtus humain à partir du cinquième mois; il proposa de les désigner toutes indistinctement par le nom collectif de « cellules de Cajal » pour affirmer leur analogie avec celles que cet auteur avait décrites en 1891 chez les petits mammifères. Parmi les prolongements pourtant si polymorphes quant à leur diamètre, leur longueur, leur direction, leur mode de ramification, des cellules du fœtus de huit mois, aucun ne pouvait être distingué des autres et considéré comme un axone; malgré qu'il eut démontré la continuité de quelques-uns d'entre eux avec les longues fibres tangentielles de l'étage profond de la première couche, et quoiqu'il reconnut que les formes qu'il venait de décrire ne représentaient peut-être qu'un stade évolutif transitoire, il les rangea toutes dans la classe des cellules à court axone. Dans son livre *(Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux)*, Cajal admit que tous les prolongements des cellules de la première couche étaient des axones et que les ramuscules ascendants à extrémité renflée représentaient des formations embryonnaires vouées à l'atrophie.

La même année (1894) Retzius reprit l'étude de ces cellules chez le fœtus humain et admit comme probable leur nature nerveuse. Il décela de nouvelles formes intermédiaires et montra que le classement proposé par Cajal en 1891 et en 1892 ne pouvait pas être appliqué aux cellules de la couche zonale de l'homme : chez ce dernier les cellules fusiformes sont assez rares, et la structure des éléments de la première couche est en somme « à peine comparable » à celle des cellules décrites par Cajal chez certains mammifères.

En 1887, Verrati (1) constate que les cellules de la première couche sont dirigées dans tous les sens et peuvent présenter des aspects très différents suivant l'angle qu'elles forment avec le plan de la coupe. Chez le porc et le lapin les formes intermédiaires à celles du type fusiforme et du type triangulaire sont si nombreuses qu'au lieu

(1) K. VERRATI. Ueber einige Struktureigentümlichkeiten der Hirnrinde bei den Säugetieren. (*Anat. Anz.*, n° 14, 1897.)

d'opposer l'une à l'autre ces deux catégories il faut les réunir en un seul groupe, celui des cellules de Cajal, caractérisées par la présence d'un axone unique bien distinct des ramifications abandonnées par les dendrites au niveau du coude qu'elles décrivent, considérées par Cajal comme des axones multiples. Quant aux cellules polygonales ou étoilées, Verrati en fait une catégorie distincte, caractérisée non pas par la forme du corps, éminemment variable, mais par l'absence des dendrites fines appelées pseudo-axones et par la brièveté de l'axone vrai, lequel se comporte absolument comme celui des cellules du deuxième type de Golgi.

Dans le tome II du grand livre de Cajal sur la structure du système nerveux de l'homme et des vertébrés, paru en 1904, Cajal étudie d'une façon complète les cellules de la première couche. Il admet deux grandes classes, à savoir : 1° cellules petites et moyennes à axone court, 2° cellules horizontales grandes, pourvues d'un axone demi-large tangentiel. Dans la première classe, il distingue plusieurs types : *a*) type moyen ou de volume régulier; *b*) type grand; *c*) type petit; *d*) type névrogliforme. La seconde classe est représentée par les cellules horizontales étudiées tout d'abord par Cajal chez différents animaux et par Retzius chez le fœtus humain. Elles sont plus abondantes et plus volumineuses chez l'homme que chez les animaux; elles se présentent sous deux formes : la forme fœtale et la forme adulte ou définitive.

La première forme étudiée par Retzius chez le fœtus humain se présente sous différents types morphologiques : fusiforme, triangulaire, étoilée et piriforme. Chaque cellule présente un grand nombre de ramifications horizontales ou les fibres tangentielles de Retzius, ces dernières forment aux différents niveaux de la couche plexiforme un système important et conducteur à direction parallèle. Entre ce dernier circulent les axones des cellules à direction horizontale dont la ressemblance avec les dendrites polaires est tellement grande qu'il est impossible de les distinguer les uns des autres. Retzius qui a retrouvé chez le fœtus humain les cellules horizontales de Cajal n'a pas pu les imprégner après la naissance. Cajal a pu cependant les mettre en évidence chez le nouveau-né âgé de 25 à 30 jours. Il a constaté : 1° que la majorité des collatérales ascendantes des fibres tangentielles décrites par Retzius s'atrophient quelques jours après la naissance; 2° les expansions polaires horizontales persistent indéfiniment constituant dans la couche plexiforme un système de fibres horizontales; 3° une de ces branches horizontales représentant l'axone se couvre de myéline. En examinant la morphologie de ces cellules chez l'enfant âgé d'un mois ou de un mois et demi, car chez l'adulte Cajal n'a pas pu les colorer, il a vu différents types morphologiques déjà mentionnés par Retzius. Le type monopolaire ou limitant s'observe aussi dans les pré-

parations de Nissl du cerveau adulte. Le corps de la cellule est triangulaire ou piriforme. Le type bipolaire et enfin un type étoilé ou triangulaire présentant diverses variations morphologiques.

Les cellules de Cajal ont fait le sujet d'une étude approfondie de la part de Ranke (1), qui a paru alors que nous avions déjà commencé notre travail. Cet auteur a porté ses recherches sur le développement de l'écorce du cerveau sur des fœtus humains à partir du commencement du troisième mois et il a constaté que déjà à cette époque il y a dans le cerveau humain des éléments assez gros pourvus d'un corps protoplasmique bien délimité contenant des parties colorables sous forme de corpuscules oblongs et correspondant aux corpuscules de Nissl des cellules nerveuses arrivées à leur maturité. Ils possèdent un gros noyau clair pourvu de plusieurs corpuscules nucléoliformes. Souvent, leur base mince qui loge le noyau siège dans la partie la plus externe de la périphérie de l'écorce. Ces cellules envoient un prolongement dans la partie profonde de la région moléculaire. Parfois elles sont associées en deux images qui supposent qu'il y a eu là une division cellulaire sans cependant que l'auteur ait jamais vu une figure de mitose. A mesure que la couche superficielle se développe les cellules de Cajal qui ont augmenté de nombre et de volume descendent dans la profondeur, de sorte qu'à la fin du quatrième mois, on les retrouve au bord interne de la couche granuleuse superficielle et plus tard, elles siègent encore plus profondément dans la partie principale du voile marginal. Pendant cette descente il se produit un changement dans leur position, certaines d'entre elles affectent pendant un certain temps de leur développement une position verticale; plus tard (septième et sixième mois) la plupart envoient leux prolongements horizontaux, tandis qu'un prolongement principal, parfois aussi d'autres prolongements plus petits, se dirigent verticalement. Le prolongement principal prend pendant le sixième et le septième mois la forme d'un tire-bouchon. En dehors de ce type à situation verticale Ranke distingue les cellules horizontales qui envoient des prolongements robustes de chaque côté et seulement quelques prolongements plus minces dans la direction verticale en haut et en bas. Entre ces deux formes, il y en a d'autres intermédiaires. A la fin du quatrième mois, le noyau, rond ou ovoïde, possède un nucléole fortement coloré, d'habitude unique, le corps cellulaire a une structure spongieuse qui dépend des modifications apportées par la disposition et la structure de la substance colorable. A cette époque, il n'est pâs difficile de mettre en évidence dans les cellules fœtales

---

(1) O. RANKE. Beiträge zur Kenntnis der normalen und pathologischen Hirnrindenbildung. Ziegler's Beiträge. Vol. 47. F. I. 1909.

des neuro-fibrilles à l'aide de la méthode de Bielschowsky. Les fibrilles des prolongements s'imprégnent très facilement, mais l'auteur a pu distinguer des fibrilles fines dans le corps cellulaire. Ce qui caractérise l'évolution des cellules fœtales de Cajal, c'est qu'elles commencent à subir des modifications régressives alors que les autres cellules nerveuses de l'écorce sont à peine différenciées. C'est ainsi que déjà pendant le sixième mois le noyau se rapetisse, devient plus foncé, la membrane perd son contour et même disparaît. Le corps cellulaire à son tour devient plus foncé et se vacuolise. L'auteur a rencontré de pareilles lésions dans la plupart des cerveaux de fœtus âgés de sept mois. C'est pour cette raison qu'il n'admet pas qu'il s'agirait là d'un processus pathologique à proprement parler.

Chez les nouveau-nés les cellules de Cajal sont réduites considérablement, quelques-unes d'entre elles seulement montrent un noyau distinct, d'autres sont à peine reconnaissables. Pendant le développement post-embryonnaire, ces cellules disparaissent complètement et il n'en reste que quelques vestiges plus ou moins méconnaissables.

Brodmann (1) a montré que pendant la vie embryonnaire les cellules multipolaires ou bipolaires donnent naissance à des fibres tangentielles qui n'affectent pas de rapports avec les fibres radiales. Ranke est quelque peu plus réservé à cet égard, car il n'a pas pu établir l'origine des fibres tangentielles ni leurs connexions. Cet auteur ne peut pas donner de renseignements sur l'origine ou bien la provenance de ces cellules. Etant donnée leur apparition précoce, il est possible cependant qu'elles dérivent des cellules de la matrice qui ont émigré dans le voile marginal. Ranke ne peut pas se prononcer sur le sort ultérieur de ces cellules, il fait remarquer que Brodmann a constaté qu'on ne peut pas les mettre en évidence dans l'écorce de l'homme adulte; cependant Ranke a vu que ces cellules persistent chez l'homme au niveau de la circonvolution de l'hypocampe et en examinant le cerveau de sujets d'âge différent, Ranke y a trouvé des éléments qui ressemblent morphologiquement aux cellules fœtales de fœtus âgés de 5 et 6 mois. Leur direction est plus souvent horizontale, plus rarement elles possèdent des prolongements à direction verticale descendant en bas. Ranke conclut de ses recherches qu'il y a dans le cerveau provenant de différents

(1) BRODMANN. Demonstration von Fibrillenpräparaten und Histogenese des Centralnervensystems. (*Neurol. Centralbl.*, 1905, p. 669.)

Id. Bemerkungen über die Fibrillogenie und ihre Beriehungen zur Myclogenie mit besonderer Berücksichtigung des Cortex Cerebri. (*Neurol. Centralb.*, 1907, p. 338.)

mammifères et spécialement de l'homme, des éléments de nature nerveuse qui perdent pendant l'évolution normale leurs caractères cellulaires, tandis qu'ils gardent ces caractères dans certains troubles de développement.

II

Pendant les recherches que l'un de nous avait entreprises sur les champs cytoarchitectoniques de l'écorce de différents fœtus, son attention a été attirée sur la morphologie variable des cellules de Cajal et leur évolution ; c'est pour cette raison qu'il nous semble utile de résumer d'une façon sommaire ces observations, d'autant plus que sur ces entrefaites a paru le très intéressant travail de Ranke. Nos études ont été pratiquées sur le cerveau de fœtus mesurant 9, 13, 19, 21, 35 et 46 centimètres. Puis nous avons examiné le cerveau de nouveau-nés à terme, le cerveau d'enfants âgés de 1 mois jusqu'à 11 mois, d'une année jusqu'à 7 ans et enfin les cerveaux d'adultes. Les cerveaux ont été fixés aussi fraîchement que possible dans l'alcool ou bien dans le formol. La coloration s'est faite à la thyonine, les pièces n'ont été que parfois enrobées dans la celloïdine ou la paraffine.

Au point de vue de l'évolution des cellules de Cajal, on doit admettre cinq stades d'évolution. C'est tout d'abord la première période de la vie fœtale, alors que dans la partie superficielle de la couche zonale les cellules de Cajal ont fait leur apparition et lorsqu'à proprement parler il n'y a pas encore de couche granuleuse. Les cellules de Cajal possèdent à cette époque un corps protoplasmique dans lequel la substance chromatophile est en état de dissolution sous forme de petites granulations. Le second stade d'évolution commence avec l'apparition des granules et atteint son apogée à la fin du cinquième et du sixième mois ; c'est à ce moment que la première couche zonale, ainsi que l'a bien montré Ranke, a une structure très compliquée. Le troisième stade commence avec le septième mois et comme caractères on remarque une couche granuleuse externe nettement indiquée, tandis que les cellules de Cajal n'ont pas suivi ce mouvement d'émigration et sont restées dans la partie superficielle de la couche zonale et parfois disséminées dans cette dernière. A ce moment, nous remarquons au niveau de l'hypocampe un phénomène des plus remarquables, à savoir que les granules, au lieu de former une couche granuleuse externe, comme dans le reste du néopallium, ont pénétré encore plus profondément et siègent en partie au dessous des nids constitués par les grosses cellules polygonales. D'autre part, elles se mêlent avec les cellules constituant les glomérules de Betz. Le quatrième stade correspond à la naissance et il est caractérisé par certaines modifications struc-

turales des cellules de Cajal. Enfin la cinquième période dure tout le temps de la vie humaine.

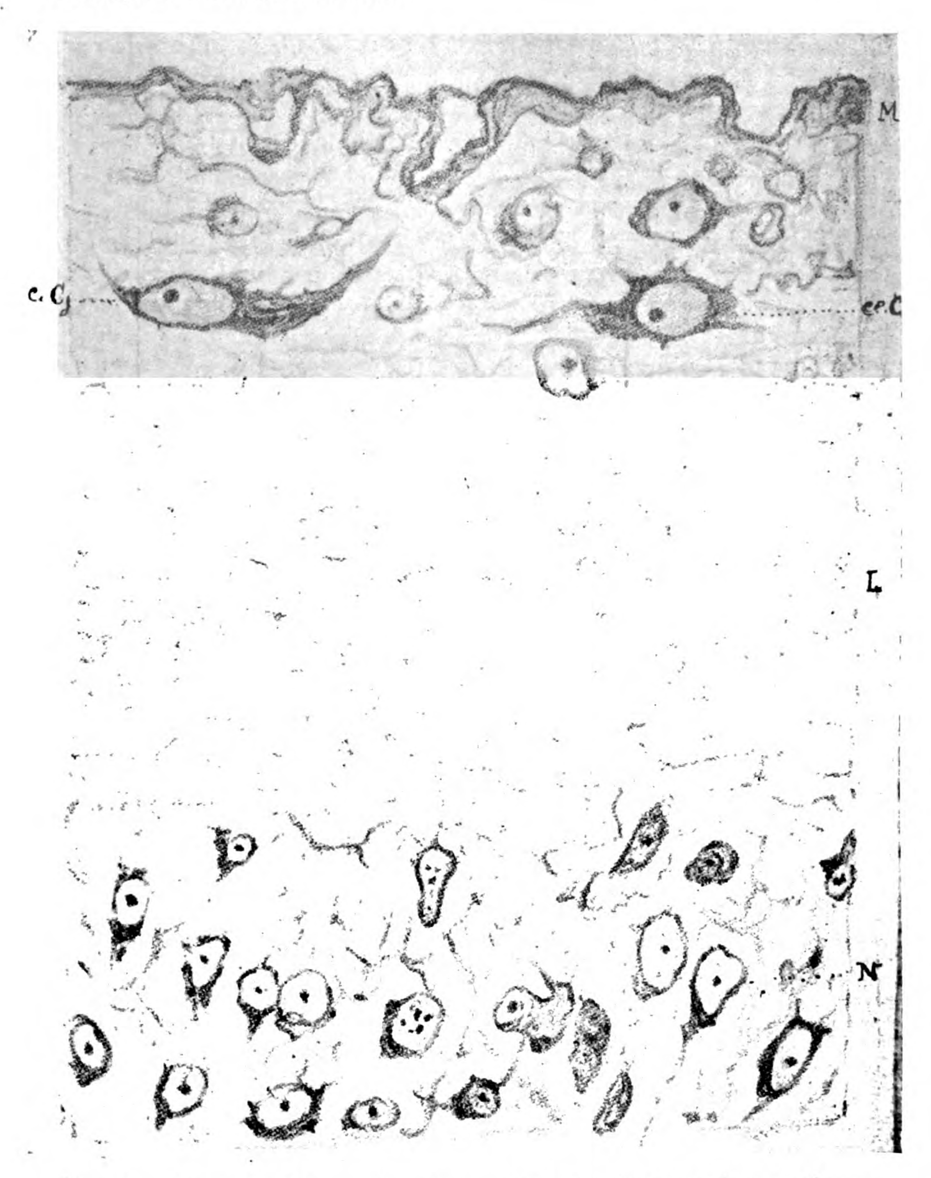


FIG. 1. — Coupe de l'écorce d'un fœtus ayant une longueur de 9 centim. — M., méninges. — C.Cj., couche de cellules fusiformes de Cajal à dentrite principale bien développée. — L., partie principale du voile périphérique. — N., neuroblastes.

En ce qui concerne la première phase, nous avons eu l'occasion d'examiner l'écorce cérébrale du cerveau d'un fœtus mesurant

9 centimètres (fig. 1). Nous avons pu surprendre différentes phases de différenciation des cellules de Cajal dans la moitié externe du voile marginal. Déjà à partir du second mois, on peut distinguer dans la couche zonale la plupart des formes des cellules de Cajal qu'on est habitué à voir chez le fœtus âgé de plusieurs mois. Entre la forme cellulaire ronde, sans prolongements apparents, ou bien avec des ramuscules très fins et la cellule triangulaire polygonale ou même pyramidale, on peut voir tous les intermédiaires. Tout d'abord, ces cellules de Cajal se distinguent des neuroblastes qui se trouvent au-dessous dans la plaque interne et ensuite par leur siège dans le voile marginal et aussi, comme nous l'avons dit, par leur volume et par leur structure. Voici les chiffres obtenus par nos mensurations du corps cellulaire et du noyau par 10 cellules en choisissant les plus grandes :

1......	18 μ × 6 μ	4 μ
2......	14 μ × 6 μ	3 μ
3......	14 μ × 5 μ	6 μ
4......	14 μ × 6 μ	6 μ
5......	12 μ × 5 μ	5 μ
6......	20 μ × 6 μ	6 μ
7......	16 μ × 8 μ	10 μ
8......	18 μ × 8 μ	8 μ
9......	16 μ × 7 μ	19 μ
10......	16 μ × 7 μ	6 μ

Ce sont les cellules horizontales fusiformes, triangulaires ou polygonales qui offrent un degré de développement plus avancé que les cellules rondes qui correspondent probablement aux petites cellules à axone court de Cajal. Des deux prolongements cellulaires des cellules fusiformes l'un est habituellement plus épais que l'autre. Quelques-unes d'entre elles sont en apparence piriformes à cause du développement plus accusé de l'un des prolongements polaires. Parfois, l'un des prolongements se bifurque. Lorsqu'il s'agit de cellules piriformes on voit se détacher quelques fines ramifications de la tige principale, rarement les deux prolongements polaires sont égaux et ont une structure analogue. La substance chromatophile est habituellement uniforme, elle se colore d'une manière plus ou moins intense, occupe tantôt tout le corps cellulaire, tantôt une partie seulement. Les formes volumineuses sont plus riches en substance chromatophile, qui commence à s'organiser en se présentant sous forme de granulations. Dans les cellules piriformes, elle s'accumule à la base du protoplasme. Il doit y avoir un rapport entre le dépôt de substance chromatophile et la zone fibrilogène. On observe parfois des espèces de vacuoles dans la sub-

stance chromatophile. Les prolongements des cellules sont courts. Le noyau des cellules de Cajal est habituellement vésiculeux et occupe dans les petites cellules la plus grande partie du corps de la cellule. Dans les cellules triangulaires et fusiformes, la forme du noyau change et il devient plutôt ovoïde ou oblong. Quelques cellules possèdent deux ou plusieurs noyaux et parfois la cellule ressemble à un véritable syncitium. La cellule très volumineuse possède trois ou quatre noyaux bien individualisés; parfois la division et la séparation du noyau ne sont pas faites sur tout le pourtour de la membrane monucléaire, de sorte qu'ils adhèrent par une partie de leur contour. Les noyaux contiennent un ou plusieurs nucléoles. Même les nucléoles paraissent parfois se diviser. Parfois même au lieu d'en voir un ou deux on voit à leur place un grand nombre de granules rondes bien colorées.

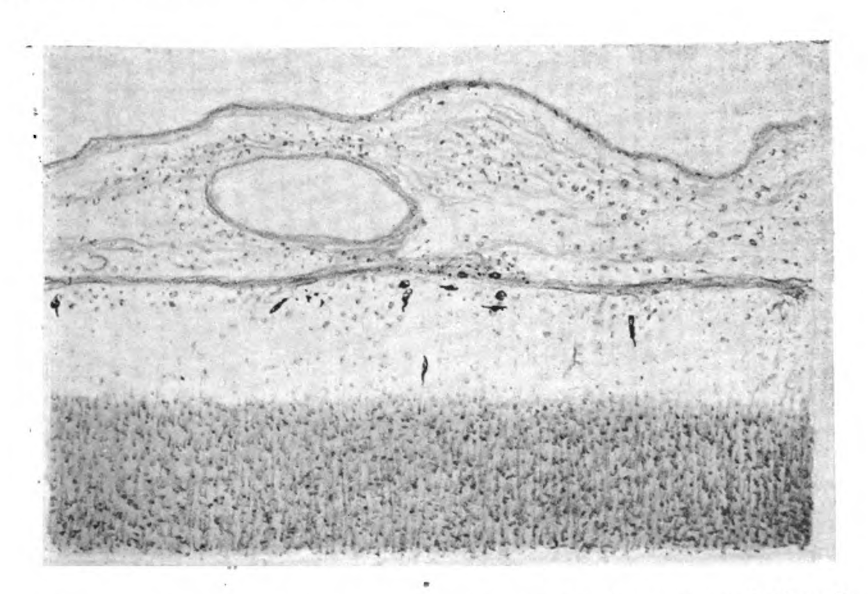


FIG. 2. — Coupe cérébrale d'un fœtus de 19 centimètres. On voit dans le voile marginal, surtout dans sa partie superficielle, des cellules de Cajal.

Dans l'écorce d'un fœtus de 13 centimètres nous ne trouvons pas qu'il y ait des différences sensibles des cellules de Cajal avec celles du fœtus de 9 centimètres.

Chez le fœtus de 19 centimètres (fig. 2) nous constatons des modifications et des progrès sensibles concernant la morphologie et le volume cellulaire. Tout d'abord, ce dernier est accru, ainsi qu'il résulte des numérotations suivantes qui ont porté sur les grosses cellules horizontales, fusiformes, obliques ou polygonales.

1......	30 μ × 9 μ	12 μ
2......	16 μ × 9 μ	9 μ
3......	24 μ × 9 μ	8 μ
4......	30 μ × 10 μ	8
5......	26 μ × 10 μ	6 μ
6......	24 μ × 7 μ	12 μ
7......	28 μ × 6 μ	12
8......	22 μ × 6 μ	12
9......	24 μ × 6 μ	10
10......	20 μ × 8 μ	10 μ

Le noyau et le nucléole ont augmenté également de volume, ce dernier assez souvent unique occupe le centre de la vésicule nucléaire. Très rarement, on voit des cellules à deux noyaux produits de la division directe, qui ne sont pas encore complètement séparés. La substance chromatophile n'est plus tout simplement à l'état de dissolution et on peut voir à l'intérieur du corps cellulaire des petits blocs ou bien des granulations. Il est à remarquer que chez ce fœtus comme chez le précédent, les cellules piriformes et fortement chromatophiles contiennent à leur base beaucoup de substance chromatophile.

A partir du cinquième, du sixième et du septième mois les cellules de Cajal ne font qu'augmenter de volume, leur structure se complète et leur nombre augmente.

Voici du reste quelques chiffres concernant leur volume au bout du cinquième mois :

1......	22 μ × 8 μ	10 μ
2......	20 μ × 10 μ	8 μ
3......	16 μ × 8 μ	10 μ
4......	24 μ × 8 μ	10 μ
5......	22 μ × 8 μ	10 μ
6......	26 μ × 8 μ	8 μ
7......	22 μ × 8 μ	10 μ
8......	28 μ × 6 μ	10 μ
9......	24 μ × 6 μ	8 μ
10......	30 μ × 8 μ	8 μ

Ainsi que l'a montré Ranke, la couche zonale de l'embryon humain offre une structure des plus compliquées. C'est ainsi que nous pouvons distinguer avec cet auteur cinq régions différentes. Tout d'abord, on voit procédant de la surface vers la profondeur (fig. 3) une bande mince claire dépourvue de noyaux; une couche granulaire externe; la couche des cellules de Cajal situées en général immédiatement au dessous de la couche granulaire superficielle, parfois cependant ces cellules peuvent se diriger soit en haut, et

dans ce dernier cas nous les trouvons dans l'épaisseur, soit qu'
descendent dans la quatrième partie principale du voile péri
rique qui est constitué par la zone des cellules de Cajal et sa ré
principale, et une couche germinative de l'écorce.

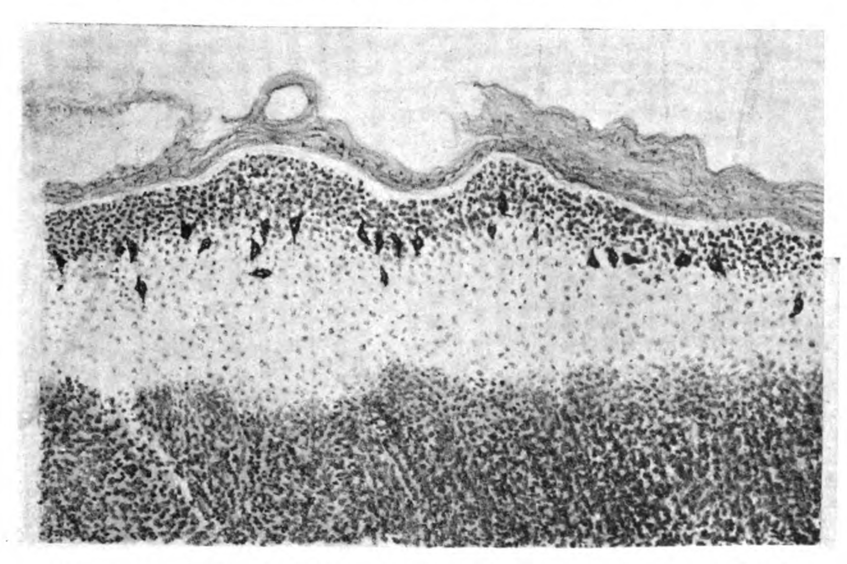


FIG. 3. — Coupe de l'écorce d'un fœtus âgé de 5 mois. — 1. Bande dépourvue de noyaux. — 2. Couche granuleuse superficielle. — 3. Zon cellules de Cajal. — 4. Zone principale du voile périphérique. — 5. Zon cellules germinatives.

Nous arrivons maintenant à la quatrième période d'évolutio cellules de Cajal. Comme nous l'avons déjà vu plus haut, plus phénomènes importants caractérisent ce stade d'évolution. Il tout d'abord l'émigration de la couche granuleuse superfi (fig. 4), de sorte que la première couche ou couche molécu simplifie sa structure. Les cellules de Cajal ont de nouveau menté de volume ainsi qu'il résulte des numérotations suivante

1......	28 μ × 14 μ	12 μ
2......	26 μ × 15 μ	12 μ
3......	28 μ × 14 μ	10 μ
4......	30 μ × 10 μ	10 μ
5......	30 μ × 16 μ	10 μ
6......	30 μ × 14 μ	10 μ
7......	34 μ × 16 μ	12 μ
8......	34 μ × 10 μ	10 μ
9......	40 μ × 16 μ	12 μ
10......	30 μ × 12 μ	10 μ

A cette époque, on voit combien est grande la morphologi

elles
phé-
gion

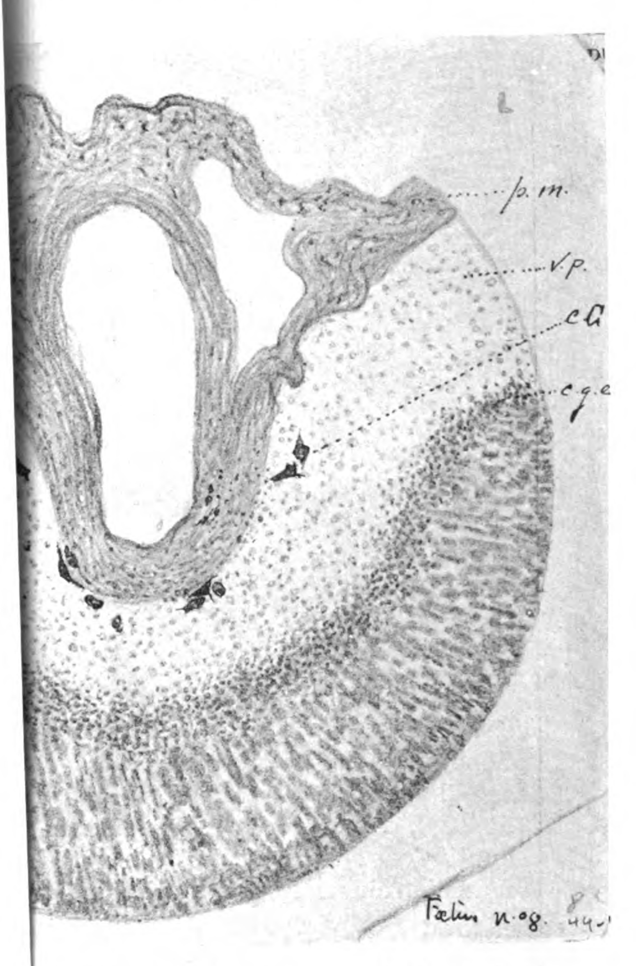


claire
e des
.e des

ı des
ieurs
y a
ːielle
laire,
aug-
ː :

e des

ɔut d'abord des petites et des grosses cel-
des cellules horizontales nettement poly-
a des cellules polygonales à direction ver-
que ce sont ces formes intermédiaires qui
jorité des cellules. En effet, les cellules



d'un fœtus âgé de 7 mois. — P.-M., pie-mère.
C. C., cellules de Cajal. — C. G. E., couche

t la tige principale est dirigée en bas,
se cellulaire avec l'axone sont situés tout
tôt rares, pendant que les cellules poly-
tale ou verticale représentent la majorité
ɔolygonales siègent tantôt à la surface,

tantôt plus profondément. Parmi ces cellules polygonales, il y en a qui affectent la forme pyramidale et la base de la pyramide est dirigée tantôt en haut, tantôt latéralement. J'ai trouvé encore des cellules polygonales qui ont des prolongements épais et ressemblent à une espèce d'amibe. Toutes ces cellules offrent un noyau vésiculeux avec un nucléole central. Remarquons encore la présence des cellules dont seulement quelques tiges protoplasmatiques sont larges, tandis que les autres sont minces.

On constate en outre que les cellules de Cajal au niveau des sillons, tout en gardant leur position relative, suivent le trajet des travées de la première et nous les retrouvons au fond des sillons.

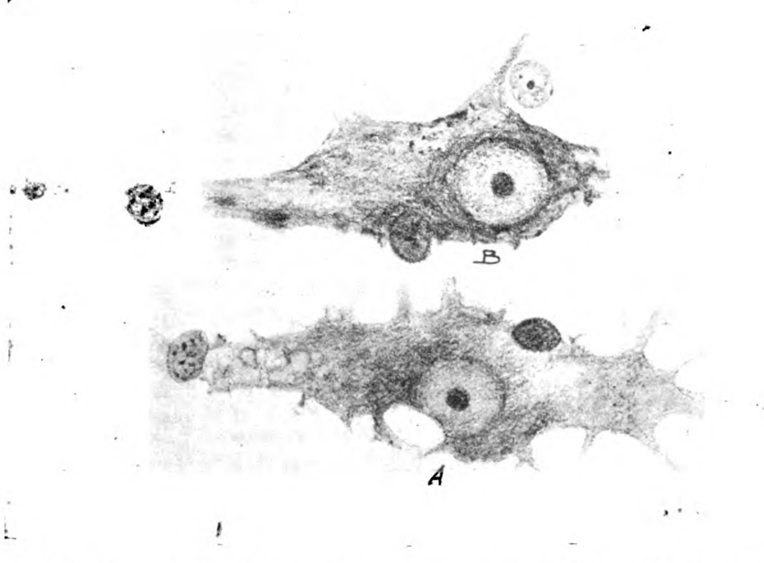


FIG. 5. — Deux cellules de Cajal provenant de l'écorce d'un nouveau-né. — Diffusion de la substance chromatophile, preuve de vacuoles dans la cellule A. et réaction des cellules névrogliques autour des deux cellules.

Un autre point que nous devons relever, c'est qu'à cette époque nous n'avons pas souvent rencontré les modifications régressives des noyaux décrites par Ranke, de sorte que, malgré son avis contraire, il y a lieu à se demander s'il ne s'agirait pas là de phénomènes d'ordre pathologique plutôt que de phénomènes involutifs. A mesure qu'on se rapproche du terme de la naissance, les cellules de Cajal deviennent plus espacées et certaines d'entre elles subissent des modifications dans leur structure interne. Les corpuscules chromatophiles se raréfient, la cellule a un aspect plus clair et on compte un certain nombre de vacuoles à l'intérieur du cytoplasma

et une réaction des cellules névrogliques. Ces dernières se voient même sur le trajet des dendrites principales. La fig. 5 nous représente deux cellules donnant une idée de ces modifications.

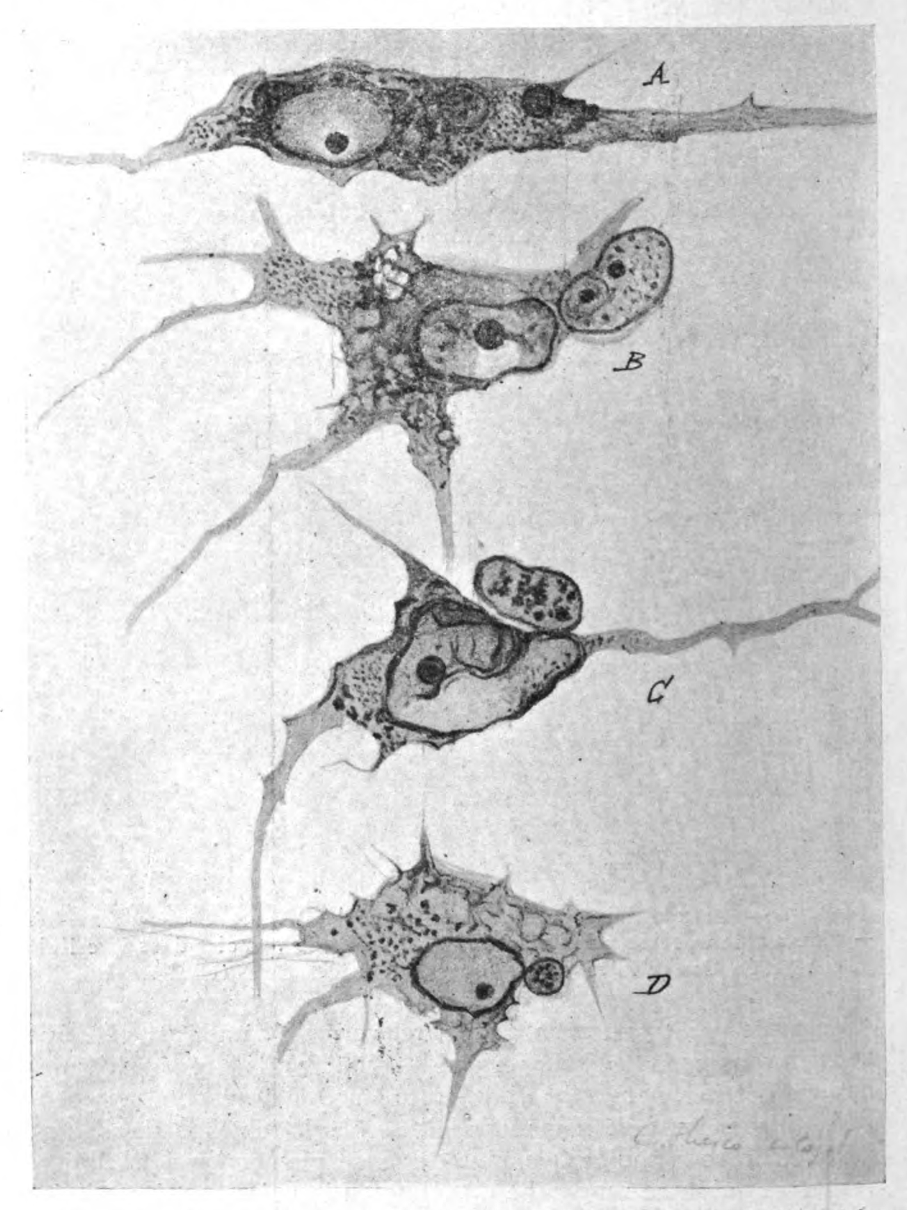


FIG. 6. — Quatre cellules de Cajal provenant de l'écorce d'un sujet adulte atteint de sclérose latérale amyotrophique et mort de tuberculose pulmonaire. La membrane nucléaire très visible, à cause d'un dépôt de substance chromatophile dissoute. Le noyau de la cellule C est déformé et sa membrane rétractée. Celui de la cellule D contient un petit nucléole et dans son protoplasma il y a des granulations de pigment.

Le nombre, la forme et la structure des cellules de Cajal varient beaucoup après la naissance et nous avons rencontré beaucoup de spécimens caractéristiques à tous les mois de la première année, parfois même des cellules dont le noyau contient deux nucléoles. En outre, nous avons examiné des cerveaux d'enfants âgés de 1 à 7 ans et dans tous les cas nous avons rencontré des cellules à noyau vésiculeux et à structure plus ou moins normale.

Nous devons noter que ces cellules existent non seulement au niveau de l'hypocampe mais aussi dans le reste de l'écorce, il est vrai que ces cellules diffèrent jusqu'à un certain point de la structure des cellules fœtales de Cajal, mais leur morphologie générale reste la même. C'est ainsi que nous retrouvons des cellules horizontales, fusiformes, triangulaires, polygonales et même à direction verticale, à noyau vésiculeux et nucléole central; mais en général elles sont moins riches en substance chromatophile, leur protoplasma est d'aspect vacuolaire et contient beaucoup de pigment. Les prolongements persistent. Certains ont leurs dendrites bien développées et on constate même avec la méthode de Nissl des ramifications secondaires, tandis qu'à d'autres on ne peut pas leur en reconnaître ou bien ils sont pâles et atrophiés. Dans ce dernier cas, la membrane du noyau est atrophiée ou bien entourée d'une zone de substance chromatophile en dissolution, ou bien il n'y a que le contour de la membrane qui est devenu chromatophile. Parfois, autour de ces cellules, on constate une prolifération des cellules satellites, mais comme nous l'avons montré à plusieurs reprises, il ne s'agit pas là d'un phénomène actif de neuronophagie. Mais ce qu'il faut absolument remarquer, c'est la rareté des cellules de Cajal sur une surface donnée. Parfois, on n'en rencontre que quelques-unes sur une coupe, d'autres fois, elles sont un peu plus nombreuses à côté des sillons. Cette rareté des cellules doit s'expliquer d'une part par la disparition d'un certain nombre et, d'autre part, par l'augmentation de la surface corticale qui s'accroît de plus en plus à mesure que le fœtus et l'enfant croissent en âge.

Nous ne voulons en aucune manière nier l'existence d'un processus de régression et d'involution de ces cellules en dehors d'autres altérations pathologiques, nous voulons seulement constater qu'à tous les âges, même dans la vieillesse la plus avancée, il existe des cellules de Cajal dans toute l'écorce cérébrale et aussi dans l'hipocampe. De par leur volume, ces cellules chez l'adulte sont en général plus petites que celles de la vie fœtale arrivées au maximum de leur développement, ainsi qu'il résulte des mensurations suivantes :

1...... $10\ \mu \times 8\ \mu$
2...... $20\ \mu \times 10\ \mu$

3......	18 μ × 12 μ
4......	24 μ × 12 μ
5......	26 μ × 18 μ
6......	30 μ × 16 μ
7......	16 μ × 14 μ
8......	22 μ × 12 μ
9......	30 μ × 24 μ
10......	20 μ × 12 μ

Étant donné que les cellules de Cajal sont plus rares chez l'adulte, que quelques-unes d'entre elles manifestent des signes évidents d'altération et aussi que leur volume diminue, on peut admettre que certaines cellules de Cajal sont vouées à un processus lent d'atrophie qui aboutit à leur disparition, mais il ne s'agit pas là d'une règle générale. Peut-être qu'en faisant usage des nouvelles méthodes utilisées par Alzheimer dans ses remarquables recherches sur les changements destructifs du système nerveux on pourrait être mieux édifié sur ce sujet. C'est là une question qui mériterait d'être étudiée.

Quant à la fonction des cellules de Cajal, on peut dire qu'à l'état actuel de nos connaissances il plane une espèce de mystère sur le rôle que doivent remplir ces cellules. Il n'y a pas de doute que pendant la vie fœtale ces cellules doivent jouer un certain rôle dans la vie psychique du fœtus. Les variations de leur morphologie, l'existence de types cellulaires différents dans la couche zonale, l'existence des fibres tangentielles en connexion avec ces cellules tendraient à prouver que nous avons affaire là avec un véritable système de cellules. Mais vu l'ignorance où nous sommes sur les connexions réciproques des cellules, on ne saurait dire de quelle façon elles agissent les unes sur les autres. Quoi qu'il en soit, il ne me semble guère probable que ces cellules, comme on l'a soutenu, servent à l'innervation des vaisseaux.

BIBLIOGRAPHIE

Troubles psychiques dans la maladie du sommeil, par MM. Martin et Ringenbach. (Delarue, éditeur, Paris 1910.)

Les auteurs ont entrepris leurs recherches à l'Institut Pasteur de Brazzaville ; ils arrivent à des conclusions très intéressantes.

L'aliénation mentale trypanosomiasique a pour type clinique fondamental la confusion mentale se développant sur un fond démentiel très marqué. Aussi se traduit-elle essentiellement par une torpeur cérébrale constante, allant

jusqu'à la stupeur, au sommeil et au gâtisme, par de l'obtusion mentale, par de l'amnésie soit actuelle, soit rétro-antérograde, par de la désorientation, par du délire onirique hallucinatoire et par des états catatoniques très nets. Cette forme la plus constante et la plus commune s'accompagne fréquemment d'états délirants accessoires et surajoutés, mais « absurdes, mobiles, contradictoires incohérents » et comprenant : 1° des variétés dépressives mélancoliques ; 2° des variétés expansives ou mégalo maniaques (délire des grandeurs) ; 3° des variétés circulaires ou maniaques-dépressives dans lesquelles il y a succession plus ou moins régulière d'états maniaques et d'états mélancoliques.

Les hallucinations visuelles, auditives, olfactives, gustatives, les idées fixes, les obsessions ne sont pas rares chez les trypanosomés et créent chez certains d'entre eux du délire plus ou moins systématisé (délire de persécution).

Les impulsions fréquentes les plus communes sont les tendances à la fugue, à la dromomanie. On rencontre également, mais plus rarement, des impulsions au vol, au vampirisme, à l'homicide, à l'incendie et au suicide. Elles ont un caractère plus ou moins irréfléchi, subit, spontané, démentiel suivant le degré d'affaiblissement mental du malade.

Les nombreuses épidémies « de familles et de cases » observées au Congo français expliquent très facilement les cas d'épidémie à forme cérébrale dégénérant en crises de folie trypanosomiasique, observée dans certaines régions du Congo, sous des influences particulières de température et de milieu.

Les troubles psychiques observés chez les Européens trypanosomés sont les mêmes que chez les indigènes, mais la mentalité « puérile » de ces derniers donne un cachet particulier et spécial denfantillage à leur délire.

Le pronostic est toujours grave dans la forme cérébrale de la maladie du sommeil et un traitement à l'atoxyl, même judicieusement suivi, n'amènera pas toujours l'amélioration de l'état du malade.

La démence trypanosomiasique sera à distinguer de la démence alcoolique, de la démence épileptique, de l'aliénation mentale syphilitique et surtout de la paralysie générale. Le diagnostic de l'aliénation mentale trypanosomiasique est d'autant plus délicat que parfois viendront se greffer sur le fond démentiel trypanosomiasique des troubles dus à une affection intercurrente, telle que l'alcoolisme et la syphilis. La présence du trypanosome constatée au microscope lèvera tous les doutes.

Les lésions anatomo-pathologiques rencontrées chez un de nos malades atteint d'aliénation mentale, ont déjà été décrites comme lésions histologiques de la maladie du sommeil et figurent au nombre des lésions histopathologiques trouvées dans la paralysie générale.

Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que ces deux affections présentent, au point de vue psychique, de nombreux rapports et de grandes analogies. Nous avons rencontré, en effet, se greffant sur un affaiblissement intellectuel progressif, les mêmes états délirants, les mêmes conceptions absurdes et niaises sur un fond démentiel tout à fait comparable.

Devant des symptômes nerveux d'excitation cérébrale, de troubles mentaux, chez les indigènes comme chez les Européens ayant séjourné dans les régions tropicales africaines, et particulièrement au Congo, on devra toujours songer à la trypanosomiase. Le flagellé devra être recherché systématiquement chez tous ces individus avant de conclure à leur responsabilité. Le médecin militaire, tout spécialement, ne doit pas oublier qu'il existe une période prodromique médico-légale de la trypanosomiase et qu'il est des cas où le trypanosomé entre dans sa maladie par une phase d'excitation maniaque, alors que l'état général du malade paraît excellent, aucun signe extérieur ne révélant

son affection. Il songera aux fugues, aux impulsions rencontrées si souvent dans cette affection.

Les aliénés trypanosomés seront traités avec douceur, jouiront largement de la vie au grand air et d'une liberté relative, sous une surveillance sage et bien comprise.

Sémiologie nerveuse, par MM. ACHARD, PIERRE MARIE, GILBERT-BALLET, etc. (grand in-8 de 630 pages illustrées, de 129 fig. Br. : 12 fr. ; Cart. : 13 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hauteville, Paris.)

La sémiologie joue un rôle prépondérant dans les affections nerveuses : les apparences extérieures, le facies, les attitudes, les troubles de la motilité, paralysie, contracture, catalepsie, convulsions, spasmes, tics, les tremblements, les troubles de la parole et de l'écriture, les troubles de la sensibilité, les troubles vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques, les troubles sensoriels et en particulier les troubles oculaires, les troubles psychiques doivent être examinés avec soin pour poser le diagnostic d'une maladie nerveuse.

Le volume qui est consacré à la *Sémiologie nerveuse* dans le Traité de médecine Gilbert-Thoinot est dû à trois professeurs de la Faculté de médecine de Paris, MM. Achard, Pierre Marie et Gilbert Ballet, dont la compétence sur ces difficiles sujets est bien connue.

M. Achard s'est chargé de l'Exposé général de la sémiologie nerveuse, puis des articles Apoplexie et Coma, Délire, Convulsions, Contractures, Tremblement, Vertiges, Céphalalgies, Troubles vaso-moteurs (syndromes de Quincke et de Meige, Maladie de Raynaud, Trythromélalgie), Troubles sécrétoires et enfin Troubles trophiques (troubles de la peau, du squelette, des organes des sens, mal perforant, hématrophie faciale).

MM. Pierre Marie et Léri ont étudié l'Hémiplégie et la Paraplégie. Ce volume de 630 pages est illustré de 129 reproductions photographiques.

Tous les chapitres sont traités avec soin ; pour n'en citer qu'un seul, d'actualité, disons que MM. Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine ont exposé la question de l'aphasie à laquelle ils ne consacrent pas moins de deux cents pages : ils divisent les auteurs en trois camps : les *classiques*, les *radicaux* et les *éclectiques*.

Pour les *radicaux*, disciples de Pierre Marie, il n'existe qu'une aphasie, relevant d'une lésion de la zone de Wernicke ou des fibres qui en proviennent. L'aphasie est un trouble de la compréhension et de l'expression des signes normaux du langage, en dehors de la paralysie, de la démence et de l'idiotie. — En avant de la zone de Wernicke se trouve la zone lenticulaire, dont la lésion donne l'anarthrie, trouble plus ou moins prononcé de l'articulation verbale, indépendant de toute paralysie. — La troisième frontale n'a rien à voir avec l'aphasie. — En arrière et en dehors de la zone de Wernicke se trouve le territoire de la cérébrale postérieure, dont la lésion détermine l'alexie pure associée à l'hémianopsie. — La combinaison de l'anarthrie et de l'aphasie de Wernicke constitue le syndrome de Broca. — L'intelligence est intacte dans l'anarthrie, profondément troublée dans l'aphasie. — Quant aux aphasies sous-corticales, dépendant de l'isolement de centres d'images corticaux, leur existence relève uniquement du pur schéma et d'un schéma tout à fait erroné.

Parmi les *classiques*, on relevait, avant la discussion soulevée par Pierre Marie, deux tendances différentes : les uns, suivent plus ou moins le schéma de Charcot ; les autres, dont le chef de file en France est Dejerine, se rattachent à la dualité fondamentale établie par Wernicte. L'enseignement de Wyllie, Bastian, Grasset dérive de la théorie de la Salpêtrière. Au contraire, la plupart des travaux allemands suivent la voie de Wernicke.

Entre les classiques et les radicaux, les *éclectiques* prennent une position intermédiaire. A peu près d'accord sur les syndromes cliniques des aphasies de Broca et de Wernicke, ainsi que sur la localisation anatomique de Wernicke, ils discutent le centre de Broca et se défient de la légitimité des variétés trop nombreuses d'aphasies, aphasies pures, aphasies sous-corticales, aphasies amnésiques, etc.

Le diagnostic des maladies nerveuses, par M. STEWART (de Londres), traduit par Gustave SCHERB (in-8° de 560 pages avec 208 figures, Félix Alcan, éditeur, Paris 1910, prix : 15 francs).

Voici un livre qui, comme le déclare modestement son auteur M. Purves Stewart, dans la préface de sa deuxième édition anglaise, n'est pas destiné à remplacer ceux que l'étudiant et le praticien ont déjà à leur disposition. Il est cependant conçu sur un plan quelque peu nouveau : il ne vise — son titre l'indique clairement — que le diagnostic des maladies nerveuses et laisse de côté tout ce qui est d'un intérêt par trop théorique, tout ce qui relève d'autre part de l'histologie pathologique. C'est donc un livre essentiellement de séméiologie clinique.

Comme tel, on comprend que l'auteur ait consacré de nombreuses pages à la documentation iconographique et l'on ne manquera pas d'observer que toutes les gravures concernent des faits qu'il a lui-même étudiés, soit à l'hôpital, soit dans sa clientèle privée. C'est dire assez que ce livre est le fruit d'une expérience toute personnelle, qu'il a été, si je puis dire, *vécu*.

M. Scherb, le traducteur, a ouvert çà et là quelques parenthèses. Celles-ci lui ont permis certaines additions où, pour le lecteur français, il a pu faire une part aussi légitime que large et précise à l'admrable production scientifique qu'assume depuis de nombreuses années la Société de Neurologie de Paris.

A côté de la conception si positive de M. Pierre Marie sur les troubles du langage que l'auteur avait déjà exposées et analysées lui-même, le traducteur a fait état des réserves aussi sévères que prudentes que M. Déjerine apporte aux données cliniques et expérimentales concernant les voies de conduction de la sensibilité dans la moelle et des recherches si personnelles et si fécondes que M. Babinski a poursuivies sur l'hystérie et sur le syndrome cérébelleux.

Le lecteur verra que les maladies sont groupées et étudiées d'après leur affinité symptomatique la plus saillante. Il ne sera donc point surpris de voir le tabes, par exemple, décrit à l'occasion des lésions des nerfs crâniens, puis plus loin des troubles de la sensibilité subjective et objective, ou des troubles moteurs et trophiques, etc. Un index alphabétique placé à la fin de l'ouvrage et comprenant plus de mille références, permettra de trouver rapidement aussi bien la description de tel petit signe que le tableau largement brossé de tel syndrome.

La folie de Don Quichotte, par Lucien LIBERT (in-8° de 175 pages, avec 5 planches hors texte, Paris 1910, G. Steinheil, éditeur).

Cette étude, très intéressante, se termine par des conclusions précises : Cervantes, parmi les littérateurs dont les œuvres mettent en scène des aliénés, mérite de retenir d'une façon toute particulière l'attention des psychiâtres.

Il a accordé, dans ses livres, la plus large place à la médecine mentale; mais s'écartant des sentiers battus par les auteurs de tous les temps, qui se sont surtout préoccupés des psychoses hallucinatoires à cause de l'effet facile produit sur le public, il s'est plus particulièrement attaché à nous peindre des délires dont les hallucinations sont exclues.

Ses romans, loin d'être des pages autobiographiques, comme c'est le cas pour un grand nombre d'écrits de Jean-Jacques Rousseau ou de Maupassant, comme c'est le cas également pour l'œuvre de Swedenborg, sont en réalité des observations prises avec un grand souci d'exactitude et qu'il est possible de reconstituer sous la déformation que leur a infligée le génie littéraire.

Cervantes avait certainement vu et observé des aliénés; il nous dit dans le *Persiles* l'émotion que lui a causée en Sicile la rencontre de lycanthropes.

Fils de médecin, ayant lui-même étudié la médecine, il a bénéficié de ce fait que, cent ans avant Don Quichotte, l'Espagne avait organisé d'une façon systématique l'assistance des aliénés et qu'il existait des asiles dans la plupart des villes : Tolède, Séville et Valladolid où il a séjourné.

De plus un médecin qui fut son contemporain et qu'il a vraisemblablement rencontré à la cour de Philippe II, Louis Mercado, a laissé la description d'une psychose qui semble analogue à celle dont était atteint Don Quichotte.

Au point de vue psychiatrique, Don Quichotte est l'œuvre la plus typique du grand romancier espagnol.

Cervantes a indiqué lui-même que cette œuvre était l'histoire d'un aliéné: mais, bien que signalée par l'auteur et les principaux personnages du roman, la psychose de Don Quichotte n'ait échappé à personne, le diagnostic exact de cette psychose n'a pas encore été formulée aussi bien par les psychiâtres qui se sont surtout arrêtés à des symptômes accessoires, que par les critiques littéraires qui, cherchant surtout à interpréter Don Quichotte au point de vue du symbole qui y serait contenu, ont fait, suivant le mot de Sainte-Beuve, « naître de ce gai chef-d'œuvre des idées que Cervantes n'a sans doute jamais eues ».

Bien que par certains symptômes le délire du héros de Cervantes se rapproche, soit de certaines psychoses interprétatives symptomatiques (folie périodique), soit de certains délires des dégénérés, soit enfin et surtout du délire de revendication (variété altruiste), il nous paraît plus vraisemblable de considérer Don Quichotte comme atteint de délire d'interprétation.

Il ne présente pas d'hallucinations : les quelques illusions données comme typiques par la plupart des critiques sont plus voisines de l'interprétation que de l'illusion. Il n'y a donc pas de troubles sensoriels nets, tandis que les interprétations délirantes abondent.

Des idées de persécution, avec croyance en un protecteur imaginaire, coexistent avec des idées de grandeur et des idées érotiques.

L'observation est incomplète en ce sens qu'elle porte à peine sur une année de la vie de Don Quichotte; mais les symptômes qu'il présente pendant cette période sont pour la plupart en rapport avec ce que nous savons de ce délire: aucun n'est en contradiction absolue avec lui.

Il est d'ailleurs permis de supposer que Cervantes a eu sous les yeux à un moment donné le véritable Don Quichotte, et qu'à cette observation primitive il a ajouté, pour rendre son œuvre plus attravante, quelques épisodes empruntés à l'observation d'autres aliénés; et qu'il a ainsi laissé échapper quelques invraisemblances dans l'ignorance absolue où il devait se trouver de l'évolution d'une psychose qu'on ne faisait que soupçonner.

En outre, certains passages ont été manifestement ajoutés à l'observation fondamentale, pour permettre à Cervantes d'exposer certaines idées de critique littéraire.

Sancho Panza est un bel exemple de contagion mentale. Cervantes l'a indiqué dans son roman; un grand nombre d'auteurs ont analysé cette contagion avec plus de finesse peut-être qu'ils n'en avaient apportée à l'étude de la psychose de Don Quichotte.

L'écuyer partage d'une manière durable les idées de grandeur de son maître, et d'une façon toute transitoire certaines de ses interprétations délirantes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Tabétiques et paralytiques généraux conjugaux et familiaux

par le D[r] BEAUSSART,

Interne des asiles de la Seine

HISTORIQUE. — Cullerre, au Congrès de médecine de Rouen (1890), a été un des premiers en France à rapporter des observations de paralysie générale conjugale. Mais déjà à l'étranger cette modalité de l'affection méningo-encéphalique était connue et signalée. En effet, Goldsmith, à Sératoga (1885) au Congrès des médecins aliénistes américains, en communiqua deux observations : dans l'une, le mari et la femme, tous deux syphilitiques, deviennent paralytiques; dans l'autre, le mari, sa femme, sa belle-sœur, tous trois syphilitiques, deviennent également paralytiques.

Acker (1), deux ans après, publie le cas du mari et de la femme qui, tous deux syphilitiques, meurent de cachexie paralytique. A la même époque, Ziehen (2) cite deux observations de maris et femmes dont la syphilis aboutit à la paralysie générale. Mendel (3) (1888) a l'occasion de suivre trois couples d'anciens syphilitiques; dans le premier, les conjoints meurent paralytiques; dans le second, le mari verse dans la tabo-paralysie et sa femme dans le tabès; dans le dernier, le mari est paralytique pendant que sa femme devient tabétique. Siemmerling (4), à une séance de la Société de Psychiatrie de Berlin (1888), attire l'attention sur un cas de paralysie générale double chez deux époux syphilitiques; dans plusieurs autres cas il n'a pu relever d'infection causale. Westphal y apporte également des documents concernant 3 cas de paralysie générale chez le mari et la femme; une fois seulement il a pu avec certitude vérifier la contagion syphilitique.

Evrard (5) dans une thèse soutenue en 1889, analyse les deux nouvelles observations de deux époux et de leurs femmes qui, tous quatre syphilitiques, deviennent paralytiques. Cullerre (6) rapporte alors ses 3 premières observations de paralysie générale conjugale

---

(1) ACKER. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, 1887. XLIV.
(2) ZICHEN. *Neurolog. Centralbl.*, mai 1887.
(3) MENDEL. *Zeitsch. f. Psychiat.*, 1888. XX.
(4) SIEMMERLING. Soc. psychiat., Berlin, mai 1888.
(5) EVRARD. Thèse Paris, 1889.
(6) CULLERE. Congrès des médecins aliénistes de Rouen, 1890.

où il n'a relevé qu'une fois la syphilis dans les antécédents de ses sujets. Il y joint une observation semblable de Belle.

Major (1) (1892) publie le cas d'un mari et de sa femme devenus paralytiques. Il ne signale pas d'infection syphilitique. Henri (2) dans sa thèse inaugurale sur « Les rapports de la syphilis et de la paralysie générale », apporte deux nouvelles observations de paralysie générale conjugale syphilitique et en signale trois semblables que Devey (3) a publiées en Amérique. Luhrmann (4) observe deux couples atteints, l'un de paralysie générale syphilitique, l'autre de paralysie générale et tabès de même nature. Mendel (5) complète sa statistique antérieure et compte 7 cas : 3 où l'homme est tabétique, la femme paralytique; 4 où l'homme est paralytique, la femme tabétique. Cinq fois il y a syphilis certaine. Un huitième a trait à une femme qui, veuve d'un paralytique, se remarie; elle devient tabétique ainsi que son second mari. Lalou (6), dans une thèse de 1898, réunit 16 cas de tabès chez les deux conjoidnts dont 13 sont publiés par des auteurs allemands et anglais. Treize fois la syphilis est notée dans les antécédents des malades. Ræcke (7), dans un article récapitulatif, relève 69 fois le tabès et la paralysie générale chez des gens mariés; 7 cas lui sont personnels. La syphilis est certaine dans 38 cas, probable dans 11, née dans 2; dans les 18 autres cas, il n'y a pas eu de renseignements. Crété (8), la même année (1899), dans sa thèse intitulée « Quelques observations sur la paralysie générale de la femme et la paralysie générale conjugale », rapporte 36 cas dont 9 personnels et donne la syphilis comme probable ou certaine 26 fois.

Souques (9), à la Société de Neurologie, soulève à nouveau, en 1900, le problème du tabès conjugal en en présentant un cas d'origine syphilitique. Babinski fait remarquer qu'il recherche méthodiquement, quand il se trouve en présence d'un tabétique marié, les signes de l'affection chez l'autre conjoint. Il a, de cette façon, pu observer 15 cas de tabès conjugal avec étiologie syphilitique. A cette même séance, Dupré, P. Marie, Déjerine, Gilles de la Tourette sont d'accord pour affirmer qu'ils ont personnellement observé plusieurs cas semblables et que la syphilis était à incriminer pour

---

(1) MAYOR. *British medic. Journal*, déc. 1892.
(2) HENRI. Thèse Bordeaux, 1893-1894.
(3) DEWEY. *The Chicago Medical Recorder*.
(4) LURHMANN. *Neurol. Centralb.*, 1895, p. 632.
(5) MENDEL. *Neurol. Centralb.*, 1895, p. 335.
(6) LALOU. Thèse Paris, 1898.
(7) RAECKE. *Monatsch. f. Neurol. u. Psychiat.*, 1899, p. 266.
(8) CRETE. Thèse Paris, 1899.
(9) SOUQUES. *Rev. Neurol.*, 1900, p. 338.

expliquer leur production. Les communications s'en multiplient. Francine (1) en compte un cas avec origine syphilitique; Moenkemoeller (2) 18 cas avec syphilis certaine pour 12; Glorieux (3) deux cas; Lundborg (4) un cas avec syphilis; Pourreyron (5), Brelet (6) un cas; Scalazouboff et Foporkoff (7) un cas avec syphilis. Bernstein et Artemoff (8) rapportent une observation de paralysie générale chez deux sœurs et une autre chez une sœur et deux frères. Dans le même ordre d'idées, Alexander Marc (9) constate que dans 3 familles plusieurs membres sont atteints de paralysie générale. Belières signale le cas d'une femme qui contamine 5 individus : 3 meurent de paralysie générale et les 2 autres d'une affection cérébro-méningée qui pourrait bien être de la paralysie générale. Cullerre (10) en 1904 signale un nouveau cas de paralysie générale conjugale où il a noté la syphilis comme cause déterminante. Toporthoff (11) attire l'attention sur l'observation d'un syphilitique devenu paralytique (1 cousin paralytique) et de sa femme atteinte de la même maladie (1 frère tabétique). Marchand et Ollivier (12), Garnier et Santenoise (13), Constantinesco (14) publient chacun l'observation d'une paralysie générale syphilitique. Kéraval et Raviart (15) en publient cinq autres. Charpentier (16) réveille la question en 1906 à la Société de Neurologie en présentant un ménage tabétique. A. Marie, dans le cours des années 1900 à 1906, recueille dans son service 4 cas de paralysie générale et tabès conjugaux et 3 autres cas où la paralysie générale ou le tabès sont notés chez l'un des conjoints et où chez l'autre conjoint existent des signes frustes d'atteinte du système nerveux. Il a également l'occasion d'observer d'une part, un ménage où la paralysie générale se superpose à une syphilis conjugale, ménage d'où est issu un hérédo-syphilitique d'autre part, un cas de paralysie générale gémellaire chez deux frères syphilisés en même temps par une com-

---

(1) FRANCINE. *The Journ. of nerv. a. ment. Diseasne*, juin 1900.
(2) MOENKEMOELLER. *Monatsch. f. Psychiat. u. Neurol.*, déc. 1900.
(3) GLORIEUX. *Journal de Neurologie*, 1902, n° 2.
(4) LUNDBORG. *Psychiat. Neurol. Wochenschr.*, oct. 1902.
(5) POURREYRON. Thèse Paris, 1903.
(6) BRELET. *Archiv. génér. Médec.*, 1903, p. 2391.
(7) SCALAZOUBOFF et TOPORKOFF. *Rev. russe de Neurol. et Psychiatrie.*
(8) BERNSTEIN et ARTEMOFF. *Journ. russe de Neurol. et Psychiat.*, 1903, p. 698.
(9) ALEXANDER MARC. *Allg. Zeitsch. f. Psychiatr.*, 1904.
(10) CULLERE. *Arch. de Neurolog.*, 1904, p. 116.
(11) TOPORTHOFF. Clinique de Kasan, 1904-05.
(12) MARCHAND et OLLIVIER. *Rev. de Psychiat.*, nov. 1904.
(13) GARNIER et SANTENOISE. *Arch. Neurol.*, 1905. p.
(14) CONSTANTINESCO. *Bullet. Société scienc. médic. Bucarest*, 1904-05.
(15) KERAVAL et RAVIART. *Archiv. Neurol.*
(16) CHARPENTIER. *Rev. Neurolog.*, 1905, p. 154, et juin 1906.

mune maîtresse. Junius et Arndt (1) possèdent une statistique de 31 cas de paralysie générale chez 2 conjoints; 6 cas de paralysie générale du mari et de tabès de la femme; 1 cas de paralysie générale de la femme et tabès du mari. La syphilis est certaine dans 16 cas, probable dans 6, suspecte dans 10, et inconnue dans 6. L'un de leurs cas est intéressant; le mari a été deux fois marié : sa première femme d'avec qui il est séparé est tabétique; une fille issue de ce mariage est devenue paralytique générale; sa deuxième femme est tabétique. Spillmann rapporte un cas de paralysie conjugale avec syphilis, Dupouy et Leri (2) un cas de paralysie générale juvénile chez le frère et la sœur, la mère étant tabétique. Colin M. Dowall (3) possède 3 cas de paralysie générale conjugale avec syphilis initiale. Raviart, Hannard, Gayet (4), dans une communication à la Société de Neurologie, montrent qu'ils ont recueilli 25 observations de paralysie générale et tabo-paralysie générale conjugales. « Six cas mettent en lumière le rôle de la syphilis mentionnée trois fois comme certaine chez le mari, trois fois comme certaine chez les deux époux. Si l'on s'en rapportait à ces chiffres, le nombre des syphilis serait infime parmi nos malades, mais on sait le peu de valeur qu'il convient d'accorder aux renseignements fournis par les paralytiques et leur entourage. Aussi les faits négatifs n'amoindrissent pas les faits des autres; c'est ainsi que deux de nos observations nous paraissent particulièrement propres à démontrer l'importance du rôle étiologique de la syphilis. »

OBSERVATION I. — Souffleur de verre qui contracte la syphilis (chancre buccal) en se servant de la canne à souffler d'un voisin syphilitique. Il devient paralytique; sa femme l'est également. L'autre souffleur devient paralytique général à son tour; sa femme n'a aucun symptôme anormal mais son amant est atteint de tabès.

OBSERVATION II. — Paralytique général à réaction de Wassermann positive; sa femme est tabo-paralytique. L'amant de cette dernière, contaminé par elle, est également paralytique général et sa femme présente des signes d'atteinte syphilitique du système nerveux (troubles pupillaires, céphalées).

Récemment, au sujet d'une présentation d'un couple de paralytiques conjugaux faite par nous à la Société de clinique mentale en

(1) JUNIUS et ARNDT. *Monatsch. f. Psychiat.*, 1908. XXIV.
(2) DUPOUY et LERI. Soc. de Psychiat., 18 nov. 1909.
(3) COLIN M. DOWALL. *Journ. of Scienc. medic.*, avril 1909.
(4) RAVIART, HANNARD. *Rev. Neurol.*, 1910, p. 250.

collaboration avec le Docteur A. Marie (1) et d'une présentation semblable de Rogues de Fursac et Capgras, cette question de la paralysie conjugale a été de nouveau agitée. Avec le Docteur A. Marie nous avons rapporté 10 observations différentes : dans 2 le mari et la femme sont paralytiques généraux ; dans 6 autres le mari est paralytique général, la femme est atteinte de manifestations frustes de syphilis nerveuse (troubles pupillaires, ictus). Une observation concerne deux paralytiques généraux, frères, syphilisés par une même maîtresse ; une autre maîtresse de l'un d'eux est morte paralytique générale ; un amant de la première maîtresse est également paralytique général. La dixième observation est celle de deux paralytiques généraux ; l'un est mort ; sa femme est devenue la maîtresse du second ; elle présente des signes de méningite chronique syphilitique. La syphilis a été notée sept fois ; dans les trois autres cas une réaction de Wassermann positive a décelé l'infection syphilitique. Leroy (2) a observé un ménage d'anciens syphilitiques où le mari est tabétique et la femme paralytique.

Personnellement nous avons recueilli deux observations ayant trait à ce sujet :

Dans la première il s'agit d'un homme de 46 ans qui a contracté la syphilis à 27 ans. Il a été marié une première fois de 27 à 34 ans ; sa femme a fait une fausse-couche un an après le mariage ; elle est morte paralysée (?). Il s'est remarié après trois ans de veuvage ; sa nouvelle femme a eu un enfant qui est venu au monde au septième mois de la grossesse ; à cette époque elle a été traitée au mercure.

Cet homme est paralytique général et sa deuxième femme tabétique (tabès incipiens).

Dans la seconde, il s'agit d'un homme de 44 ans, qui, à l'âge de 22 ans, a contracté la syphilis ; marié quelque temps après il a contaminé sa femme. Cette dernière a fait successivement cinq fausses-couches ; le premier fœtus avait du pemphigus. A la sixième grossesse, l'enfant est resté vivant. Il a été conçu au moment où la mère commençait à avoir des troubles de la vue dus au tabès. Il a actuellement 12 ans ; il est strabique ; ses pupilles inégales, irrégulières, réagissent mal.

Un second enfant a 8 ans. Il a été conçu au moment où les troubles de la marche de la mère étaient manifestes.

Le mari présente des signes de tabès fruste, la femme est une tabétique avancée.

ETIOLOGIE. — Quelles sont, parmi le relevé des cas précédents,

---

(1) MARIE et BEAUSSART. Soc. cliniq. méd. mentale, av. 1[illegible]o.
(2) LEROY. Soc. cliniq. médec. mentale, mai 1910.

les différentes causes étiologiques qui ont été invoquées pour expliquer la production de l'affection conjugale ou familiale?

La *syphilis* parmi les causes incriminées se trouve occuper le premier rang. Elle a été notée soixante-dix-huit fois pour cent d'une façon certaine; et encore faut-il ajouter que dans beaucoup de cas sa découverte est difficile sinon impossible et pour plusieurs raisons, avec les seules ressources de la clinique. Cependant à l'heure actuelle les méthodes de séro-diagnostic constituent dans cette étude un moyen d'investigation dont la valeur est maintenant bien démontrée.

Nous avons signalé que parmi nos dix observations de paralysie conjugale publiées avec M. Marie, la syphilis avait été notée sept fois. Dans les trois autres, il était impossible de dépister l'infection à tréponèmes. Or, une réaction de Wassermann positive chez les deux conjoints nous avait montré que réellement la syphilis était en cause. Dans nos deux observations personnelles, le cas I est manifestement celui d'un couple syphilitique : le sérum de l'homme donne une réaction de Wassermann négative; son liquide céphalo-rachidien une réaction positive. Le sérum et le liquide céphalo-rachidien de la femme donnent une réaction positive. Dans le deuxième cas la syphilis est également avouée; un séro-diagnostic de Wassermann fait avec le sérum et le liquide cérébro-spinal du mari est positif; un même séro-diagnostic est négatif avec le sérum de la femme et positif avec son liquide céphalo-rachidien. A noter que le sérum du premier enfant a donné également une réaction positive.

Raviart, Hannard et Gayet, dans un de leurs cas cités plus haut, ont utilement appliqué la réaction de Wassermann pour rechercher également la syphilis.

Récemment Babinski et Barré (1) se sont aussi servi de cette méthode biologique pour étudier la syphilis conjugale : l'un des conjoints est atteint, dans quatre cas, de paralysie générale, dans quatre autres de tabès; chez chacun la réaction de Wassermann est positive; chez l'autre conjoint on ne relève aucun signe apparent d'atteinte syphilitique et cependant la réaction de Wassermann est positive. Plusieurs frères issus d'une mère aujourd'hui tabétique et qui a une réaction de Wassermann positive, ont aussi une réaction positive. Babinski (2), dans une de ses leçons, signale qu'il a recueilli une vingtaine d'observations de tabès conjugaux. Dans une dizaine de cas, il a constaté la réaction de Wassermann positive.

---

(1) BABINSKI et BARRÉ. Soc. méd. hôpit., 20 mai 1910.
(2) BABINSKI. *Journal des Praticiens*, juillet 1910.

Nous exposons ici une observation intéressante montrant que dans certains cas la réaction de Wassermann est d'un précieux secours pour révéler l'infection syphilitique dans la paralysie générale.

Il s'agit d'un peintre, de 43 ans, ayant eu de nombreux accidents de saturnisme : multiples accès de coliques de plomb, paralysies radiales. Il est interné en août 1907 pour une phase de confusion mentale survenue au cours d'une crise de saturnisme. Il demeure à l'asile et en janvier 1908 ses facultés sont affaiblies au point qu'on n'hésite pas à parler de paralysie générale saturnine. Ce diagnostic est confirmé en juillet 1908 par un autre psychiatre. La syphilis n'est pas avouée, aucune trace ne met sur la voie de cette infection. Une ponction lombaire montre une forte lymphocytose et teneur albumineuse du liquide céphalo-rachidien et la réaction de Wassermann est positive. Le malade meurt en décembre 1909.

L'intoxication saturnine a-t-elle pu fournir une réaction de Wassermann positive? Nous ne le croyons pas; plusieurs cas d'atteinte nerveuse par le plomb avec liquide céphalo-rachidien chargé de lymphocytes et d'albumine ne nous ayant jamais donné de réaction semblable, nous pensons que le malade a eu la syphilis. Or, huit mois après nous apprenons que la femme est soignée à Cochin pour tabès et que son liquide céphalo-rachidien donne une réaction de Wassermann positive. Il s'agissait donc bien là de syphilis.

Sicard et Block, à la Société de Neurologie du 7 juillet 1910, présentent dans le même ordre d'idées un paralytique général, saturnin chronique; depuis vingt années il travaille dans le plomb; il a eu de multiples atteintes de l'intoxication et il nie la syphilis; mais la réaction de Wassermann est positive (sérum et liquide céphalo-rachidien).

Ils rapprochent de ce cas ceux de deux autres malades, saturnins depuis de longues années, ayant une réaction de Wassermann positive (sérum et liquide céphalo-rachidien). Or, Sicard et Bloch ont, de leur côté, également remarqué que l'intoxication saturnine, bien qu'elle produise des réactions méningées cytologiques, ne donne pas de réaction positive de Wassermann.

Ils concluent de cette donnée que le chapitre de la paralysie générale saturnine est à reviser. « Pour notre part, disent-ils, nous ne croyons pas à la paralysie générale saturnine; sans doute, les faits cités par Mosny et Malloizel concernant la fréquence des réactions méningées au cours du saturnisme en général sont impressionnants; cependant il est permis de supposer que la vraie paralysie générale, celle qui ne pourrait tromper aucun neurologiste ou psychiatre, ne relève que de la syphilis. Au même titre que le traumatisme, l'alcoolisme par exemple, le saturnisme peut bien être une cause occasionnelle; il ne saurait à lui seul revendiquer l'entière responsabilité du processus de la paralysie générale. » Si les remarques de

Sicard et Block peuvent s'appliquer dans certains cas, il n'en est pas pas moins vrai, soit dit en passant, que la paralysie générale saturnine pure existe, et il n'est pas de psychiatre qui n'ait eu l'occasion d'en rencontrer; nous en avons personnellement trouvé quelques cas, avec réaction cytologique méningée et réaction de Wassermann négative (sérum et liquide céphalo-rachidien).

Puisque la syphilis est relevée dans la plupart des cas de paralysie générale conjugale, comment se fait-il que cette fréquence étiologique soit telle?

D'abord on pourrait dire que, partant de ce fait que la syphilis est reconnue comme étant une des principales causes de la paralysie générale, on s'attache surtout à rechercher une atteinte du système nerveux chez l'autre conjoint quand chez l'un il y a tabès ou paralysie générale avec syphilis certaine, de sorte que les cas de paralysie générale conjugale ou familiale et de tabès connus seraient forcément tous syphilitiques. Mais ce n'est pas là un fait exact. puisqu'il est des cas où l'on a de la paralysie générale conjugale sans syphilis appréciable cliniquement et qui n'en sont pas moins syphilitiques, comme le prouve la réaction de Wassermann positive.

Un argument qui nous paraît avoir plus de valeur est basé sur ce fait que la paralysie générale conjugale est surtout fréquente quand elle est d'origine syphilitique, par ce seul fait qu'il y a syphilis. Nous nous expliquons : la vérole est une affection contagieuse à longue évolution qui, si elle n'est pas convenablement soignée chez les deux conjoints, si elle trouve un terrain propre à se développer, suit une marche progressive que la simple réaction de l'organisme ne peut arrêter; elle se développe chez l'un et chez l'autre parallèlement, malgré eux et arrive ainsi à son terme ultime. Par contre, prenons la paralysie générale saturnine; il faudrait un concours de circonstances vraiment extraordinaire pour trouver deux époux qui travaillent également dans le plomb, qui soient intoxiqués d'une façon identique. La paralysie générale conjugale saturnine est d'autant plus rare à trouver que la méningo-encéphalite saturnine se rencontre presque uniquement chez les hommes et que, parmi le groupe des méningo-encéphalites, elle n'occupe qu'une infime partie. Nous en dirons de même de l'alcool, de sorte que la paralysie générale, du moment qu'elle est conjugale, est presque inévitablement syphilitique.

Nous venons de parler de la paralysie générale saturnine. Il existe incontestablement des cas où l'*intoxication par le plomb* est seule en cause. Magnan, Vallon l'ont bien étudiée. Mais, comme l'ont montré Mosny et Malloizel (1), dans ces cas il se produit de l'hy-

---

(1) MOSNY et MALLOIZEL. *Revue de Médecine*, 1907. Académie de Médecine 1905.

perleucocytose et une teneur albumineuse aussi intense que dans la paralysie générale syphilitique. On n'a donc pas là un moyen de distinguer les deux affections; seule la réaction de Wassermann est susceptible de lever le doute. Nous dirons ici que dans notre observation citée plus haut nous n'attribuons pas uniquement la cause de la paralysie générale à la syphilis; nous y faisons également participer le plomb. Mais dans quelle mesure les deux intoxications entrent-elles en jeu; cela est difficile à dire. Qu'il suffise de remarquer que la même syphilis seule a produit chez la femme du tabès (1).

Si la syphilis, de l'avis de la plupart des auteurs, est le plus souvent l'infection qui produit la paralysie générale et le tabès, quelques-uns prétendent que cette syphilis n'exerce pas une action semblable chez tous les malades et pour cela ils tendent à admettre que certaines syphilis jouissent seules de ce triste privilège en raison sans doute d'une *virulence* spéciale; il y aurait des syphilis « à virus nerveux » suivant l'hypothèse de Morel Lavallée et P. Marie. D'après eux une telle supposition peut s'appuyer sur les données de la bactériologie : on sait que le terrain imprime à un virus banal des modifications qui le spécialisent pour ainsi dire.

Bezançon et Labbé ont montré que le staphylocoque pyogène vulgaire pris dans une articulation a subi l'accoutumance et qu'il se localise exclusivement en effet sur les jointures si on l'inocule en série à l'autres animaux; son séjour dans le milieu articulaire a modifié sa virulence et lui a communiqué une propriété élective. Il n'est donc pas illogique de prime abord de supposer que certains virus syphilitiques puissent jouir de la même propriété. On a publié des faits de syphilis prises à la même source qui avaient déterminé des troubles morbides identiques. Ainsi Morel Lavallée a cité 5 paralysies générales ayant une commune origine syphilitique. De même P. Marie et Bernard ont rapporté l'observation de deux tabétiques qui avaient contracté la syphilis auprès de la même femme.

Cette question de virulence spéciale ne paraît bien réelle qu'en apparence. En effet la paralysie générale conjugale et familiale et le tabès, qui pouvaient à un moment paraître exceptionnels, sont devenus, grâce à leur recherche méthodique, un fait courant.

Avec le nombre croissant des cas et leur comparaison, on a pu voir que les syphilis conjugales ne subissent pas une évolution identique chez les deux conjoints, qu'elles ne se sont pas spécialisées pour un seul organe, comme tout à l'heure le staphylocoque s'était spécialisé pour les articulations; en effet, l'un des époux qui

---

(1) MARIE et BEAUSSART. *La Clinique*, 1910, n° 9.

fatigue plus son axe spinal fera du tabès, l'autre qui se surmène cérébralement fera de la paralysie générale. Quelquefois ces localisations seront commandées par des tares héréditaires indiscutables qui offrent un lieu de moindre résistance à l'attaque du virus syphilitique. D'autres fois la syphilis conjugale atteindra le terme parasyphilitique chez l'un seulement des conjoints, l'autre étant définitivement à l'abri de la méningite chronique spécifique, et dans ce cas il n'y a pas de raison pour que la virulence s'attaque à l'un et non à l'autre; il s'agit uniquement d'une question d'hérédité, de surmenage.

De plus, qu'on sorte du cadre restreint de la paralysie conjugale; chaque paralysie conjugale syphilitique n'a pas sa syphilis personnelle; la contamination vient d'ailleurs et cette source pathologique a souvent répandu ailleurs et abondamment ses effets nocifs; qu'on examine alors, par exemple, 50 syphilis qui en proviennent; le terme ultime de l'affection ne sera pas forcément du tabès, il y aura aussi de la paralysie générale, de la leucoplasie et aussi des guérisons; la virulence spéciale n'existe donc pas là encore.

Plusieurs paralytiques ont été contaminés auprès d'une même femme, comme dans les cas de Morel Lavallée et P. Marie; mais ce n'est là qu'un fait banal qui attire l'attention; c'est le hasard qui a réuni les quelques paralytiques. On ignore les sujets dont la syphilis contractée au même moment a rétrocédé, ou ceux qui, devenus tabétiques ou hémiplégiques, ont été dispersés par le même hasard qui a rapproché les autres paralytiques.

HÉRÉDITÉ. — L'hérédité n'est pas à proprement parler un facteur étiologique. Si elle joue un rôle dans la genèse de la paralysie générale, ce rôle, quelque important qu'il puisse être, n'est que secondaire, puisqu'il n'est pas dans la pathologie entière de maladie dans la genèse de laquelle il ne puisse être invoqué à un degré quelconque ce qu'on est convenu d'appeler l'hérédité nerveuse. Elle constitue bien plus un ensemble de conditions nécessaires mais insuffisantes par elles-mêmes,puisque, parmi les sujets qui nous paraissent la présenter au degré le plus élevé, un nombre excessivement restreint seulement devient paralytique général, si tant est qu'il le devienne. Il y a donc quelque chose de plus chez un paralytique que l'action de la prédisposition héréditaire, il y a surtout le rôle de l'infection et celui de l'intoxication.

Dans la paralysie générale conjugale ou familiale pas d'hérédité seule qui produise chez l'un et chez l'autre de la paralysie générale, mais, en plus, de la syphilis ou du saturnisme par exemple. C'est cette hérédité qui fait que dans certains cas l'un des sujets est tabétique et l'autre paralytique.

ALCOOLISME. — L'alcoolisme a été relevé maintes fois par les

auteurs dans l'exposé précédent, mais ce n'est qu'à titre accessoire, après la syphilis.

Nous ne rejetons pas le rôle important que l'abus de l'alcool joue dans la détermination de la maladie; avec le surmenage et l'hérédité il est un des facteurs principaux qui aident l'organisme à subir l'atteinte de l'infection ou de l'intoxication. Lui seul ne peut fournir de réactions méningées.

Nous rappellerons pour l'alcoolisme les mêmes raisons qui nous ont fait écarter l'existence de la paralysie générale saturnine conjugale.

TUBERCULOSE. — En comparaison du nombre considérable de tuberculeux, les méningo-encéphalites de cette nature sont très peu fréquentes. Les paralysies générales conjugales tuberculeuses n'ont pas été signalées, ou du moins si la tuberculose a été relevée chez les conjoints, ce n'est qu'à titre accessoire, après la syphilis.

Dans les méningo-encéphalites tuberculeuses il y a réaction cytologique et albumineuse méningée comme dans le saturnisme et la syphilis; mais il est à prévoir qu'ici la réaction de Wassermann doive être négative.

TRYPANOSOMIASE. — La maladie du sommeil prend aujourd'hui une place importante dans la pathologie; nous voulons ici signaler quelques remarques à son sujet.

La maladie du sommeil peut susciter du côté de l'encéphale des troubles qui en imposent souvent pour une paralysie générale et le diagnostic dans ces cas est quelquefois des plus délicat. Cela n'a rien qui puisse étonner, étant donnée la parenté du trypanosoma gambiense et du treponeme. Dans ces cas, la réaction de Wassermann ne peut lever le doute, car toutes les fois qu'elle a été recherchée dans toutes les affections à protozoaires flagellés, elle a été trouvée avec une fréquence aussi grande que dans la syphilis. Il est vrai que les sujets trypanosomés doivent souvent être en même temps syphilisés, ce qui complique singulièrement l'interprétation des phénomènes que la paralysie générale conjugale soit signalée dans la maladie du sommeil, c'est un fait qui aurait le même intérêt que sur tel ou tel organe suivant la réceptivité et les réactions du sujet.

CONCLUSIONS. — La paralysie générale conjugale, familiale, le tabès conjugal et familial sont des affections très communes qui ne demandent qu'à être recherchées méthodiquement.

La syphilis en est presque exclusivement la cause étiologique.

L'hérédité, le surmenage, les causes adjuvantes (alcool, trauma)

agissent de leur côté pour favoriser le développement de l'infection sur telle ou telle partie du système nerveux.

Dans les cas où le saturnisme est en cause et dans ceux où il n'y a pas étiologie apparente, la réaction de Wassermann est d'un précieux secours pour déceler l'infection syphilitique.

XXe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE et des pays de langue française

(Bruxelles-Liége 1-8 août 1910)

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE S. M. LE ROI ALBERT ET DU GOUVERNEMENT BELGE

Sous la Présidence d'honneur de :

M. SCHOLLAERT Ministre de l'Intérieur et de l'Agriculture de Belgique.
M. DE LANTSHEERE, Ministre de la Justice de Belgique.
M. le Baron DESCAMPS, Ministre des Sciences et des Arts de Belgique.
M. BEAU, Ministre de France à Bruxelles.

Et la Vice-présidence d'honneur de :

M. BECO, Gouverneur du Brabant.
M. DELVAUX DE FENFFE, Gouverneur de Liége.
M. MAX, Bourgmestre de Bruxelles.
M. KLEYER, Bourgmestre de Liége.
M. CARTON DE WIART, Président du Groupe XXII de l'Exposition de Bruxelles.
M. VELGHE, Directeur général au Ministère de l'Intérieur de Belgique.
M. DE LATOUR, Directeur général au Ministère de la Justice de Belgique.
M. VAN OVERBERG, Directeur général au Ministère des Sciences et des Arts.

BUREAU DU CONGRÈS

Président belge :
M. le Dr CROCQ (de Bruxelles)

Président français :
M. le Dr KLIPPEL (de Paris)

Vice-président belge :
M. le Dr GLORIEUX (de Bruxelles)

Vice-président français :
M. le Dr DENY (de Paris)

Secrétaire général.

M. le Dr DECROLY (de Bruxelles).

Secrétaires-adjoints :

MM. les Drs GEERTS et DENIS COULON (de Bruxelles).

COMITÉ LIÉGEOIS

Président : M. X. FRANCOTTE, professeur à l'Université de Liége.
Secrétaire : M. L'HOEST, médecin en chef de l'Asile Sainte-Agathe.

La session s'est ouverte le lundi 1er août, à 10 heures du matin, dans la salle de Milice de l'Hôtel de Ville de Bruxelles. L'assistance était très nombreuse et comprenait, indépendamment des membres français habituels, un certain nombre de personnalités belges, suisses, roumaines, italiennes, allemandes, espagnoles, russes, etc. On remarquait au bureau M. le comte d'Arschot, délégué du Roi; M. Velghe, délégué du Gouvernement belge; M. de Latour, délégué du Ministre de la Justice; M. Beau, Ministre de France; MM. Granier et Roubinovitch, délégués du Ministre de l'Intérieur de France; MM. les Drs Simonin et Binet-Sanglé, délégués du Ministre de la Guerre de France; MM. les Drs Bertrand et Roux-Freissineng, délégués du Ministre de la Marine de France; M. le Dr Carré, délégué du Ministre des Colonies de Belgique; M. le Dr Voituron, délégué du Ministre de l'Intérieur de Belgique.

M. Velghe prend la parole, au nom de M. Schollaert, chef du cabinet belge :

Mesdames, Messieurs,

Chargé par M. le Ministre de l'Intérieur et de l'Agriculture de le représenter à la séance solennelle d'ouverture du XXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, j'apprécie hautement l'honneur qui m'échoit de pouvoir, au nom du Gouvernement, saluer les savants éminents, réunis en cette assemblée, et souhaiter la bienvenue à tous, spécialement à MM. les Congressistes étrangers.

Ceux-ci ont bien voulu nous apporter les trésors de leurs connaissances et le fruit de leur expérience. Je m'empresse de leur adresser à ce sujet — et je crois pouvoir le faire au nom de tous mes compatriotes présents à cette réunion, — l'expression de notre vive reconnaissance.

Depuis le jour, presque contemporain, où la science de la neurologie a pris naissance, elle a rapidement étendu son champ d'action dans le domaine illimité des sciences médicales. Dans tous les pays civilisés, des spécialistes se sont formés et ont fait de la neurologie et de la psychiâtrie l'objet de leurs études et de leurs recherches.

La Belgique n'est pas restée en arrière de ce mouvement.

Indépendamment de l'Académie de médecine et des Sociétés savantes que ces études ne pouvaient laisser indifférentes, deux associations, la Société de médecine mentale et la Société belge de neurologie, ont fait de ces questions nouvelles l'objet de leurs préoccupations constantes.

La Société de médecine mentale publie un bulletin périodique et, grâce à l'initiative de votre vaillant président, qu'on retrouve toujours sur la brèche, le *Journal de Neurologie* s'est fondé en 1895.

A des reprises diverses, les associations précitées ont voulu, par la réunion de Congrès, provoquer un mouvement afin d'intéresser tout le public médical à leurs recherches et de promouvoir une

science dont l'importance et la complexité ne cessaient de grandir de jour en jour.

Je citerai, à titre d'exemple, le Congrès de phréniatrie et de neuropathologie qui s'est tenu à Anvers en 1885, le Congrès international de neurologie de Bruxelles, en 1897, et les Congrès belges de neurologie et de psychiâtrie qui se sont succédé à Liége en 1905 et à Bruxelles en 1906.

Je ne crois pas devoir vous rappeler que votre XIII[e] Congrès s'est tenu à Bruxelles en 1903.

La décision que vous avez prise, de choisir une seconde fois Bruxelles comme siège de vos assises, constitue un hommage rendu aux efforts tentés par un grand nombre de spécialistes belges.

Mais, tout en soulignant, non sans un certain sentiment de fierté, l'activité de ces compatriotes éminents, je m'en voudrais à moi-même et je serais injuste envers cette grande nation amie que S. Ex. M. le Ministre Beau représente parmi nous, si je ne m'empressais de reconnaître la part prépondérante qu'ont eue les savants français dans le développement et je dirai même dans la découverte de la science de la neurologie.

L'étendue de cette science, la complexité des problèmes qu'elle soulève, vous ont fait comprendre, Messieurs, la nécessité de vous assembler régulièrement pour mettre en commun les résultats de vos études, pour suivre de près les théories nouvelles, pour en discuter la valeur et les conséquences.

Et c'est ainsi qu'aujourd'hui vous inaugurez votre vingtième session !

Je formerais volontiers le vœu que celle-ci soit, comme ses aînées, couronnée de succès, si le sort de vos réunions antérieures ne me permettait de m'avancer davantage. Je dirai donc que, grâce à l'activité inlassable de votre Comité d'organisation, grâce à l'intérêt primordial des questions à l'ordre du jour et à l'autorité des spécialistes qui ont accepté de les traiter, grâce aux communications aussi nombreuses que variées qui nous sont annoncées, grâce surtout, Messieurs, à votre collaboration à tous, la réussite de votre Congrès apparaît ,non comme une espérance fondée, mais comme une certitude absolue.

Au milieu de tant de Congrès qui, cette année, s'assemblent à Bruxelles, plus nombreux que jamais, le vôtre, Messieurs, n'aura sans doute pas le don d'attirer l'attention du grand public. Vos travaux sont, en effet, confinés dans une partie très spéciale du domaine des sciences médicales. Il en résulte que le nombre de ceux à même de les suivre est fatalement très restreint !

Et cependant, combien les questions que vous agitez, présentent d'importance pour l'humanité ! Bien que ressortissant à la science pure, vos études et vos débats ont une portée considérable au point

de vue de l'individu, au point de vue de la famille et de la société, au point de vue de l'avenir même de la race!

Aussi n'est-il pas étonnant que les Pouvoirs publics se fassent un devoir de suivre et d'encourager vos travaux! Comment pourraient-ils s'en désintéresser alors que l'accroissement du nombre d'aliénés entraîne pour eux des charges considérables? alors que les relations entre l'alcoolisme et la folie, d'une part, la criminalité, d'autre part, soulèvent des problèmes de responsabilité que les législateurs et les juristes n'osent aborder qu'avec la plus grande circonspection? alors qu'une affection aussi terrible que la maladie du sommeil est de nature à compromettre l'avenir d'une colonie que nous devons au génie éclairé de ce grand Roi que fut Léopold II?

C'est ce qui explique, Messieurs, que notre Souverain actuel, le Roi Albert, ait daigné accorder son Haut Patronage à votre Congrès et que trois Ministres en aient accepté la présidence d'honneur.

Si les circonstances n'ont permis à aucun d'eux d'assister à cette séance solennelle, M. le Ministre de l'Intérieur m'a toutefois chargé de vous dire l'intérêt tout spécial que le Gouvernement porte à vos travaux.

Messieurs, le programme du Congrès comprend la visite d'un certain nombre d'asiles d'aliénés et, en outre, une série d'excursions qui vous promèneront depuis nos Ardennes pittoresques jusqu'aux plages ravissantes de notre littoral.

Je puis vous assurer, Messieurs les Congressistes étrangers, que partout où vous irez, vous rencontrerez le même accueil hospitalier. Notre plus vif désir à tous est, qu'en parcourant notre sol, vous ne vous aperceviez pas que vous avez passé la frontière, mais qu'au contraire, au milieu de nous, vous ayez constamment l'impression d'être encore « chez vous ».

M. Beau, ministre plénipotentiaire de France, prend ensuite la parole pour exprimer aux Congressistes tous l'intérêt que le Gouvernement de la République porte à leurs travaux.

M. GRANIER, Inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'Intérieur, se félicite d'être appelé à porter au Congrès les souhaits du Président du Conseil dans cette capitale du royaume aimé où fraternisent dans une longue et brillante prospérité les arts et les siences.

Les aliénistes et neurologistes de France devaient à Bruxelles une visite de remerciements pour l'accueil qu'ils y ont déjà reçu. Si les récents travaux de M. le Dr Klippel avaient pu lui faire oublier les applaudissements qu'y obtinrent sa communication sur

l'Histoire de la paralysie générale, le Congrès a eu le soin de le lui rappeler en l'appelant à sa Présidence. Son collègue dans ces fonctions, M. le Dr Crocq suspend des recherches qui lui sont toujours chères et qui lui ont valu une réputation scientifique si étendue et si méritée pour se consacrer aux soins d'une hospitalité dont nous avons déjà goûté l'intimité et le charme.

L'empressement et l'autorité des rapporteurs promettent pour ce Congrès des résultats dignes des précédents et, j'ose le dire, dignes du haut patronage dont S. M. le Roi des Belges a bien voulu l'honorer.

M. le Professeur Simonin, chef de la mission militaire française, prononce ensuite l'allocution suivante :

Messieurs les Ministres,
Messieurs les Présidents,
Messieurs et très honorés Confrères,

Pour la seconde fois, M. le Ministre de la Guerre de France me fait le très grand honneur de me déléguer officiellement au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes dont s'ouvre aujourd'hui, dans la terre hospitalière de Belgique, la vingtième réunion.

Pour mieux accentuer tout l'intérêt que vos travaux lui inspirent, et reconnaître aussi l'aimable accueil que reçut l'an dernier à Nantes la médecine militaire française, il a bien voulu m'adjoindre un de nos très distingués collègues, M. le médecin-major de première classe Binet-Sanglé, spécialement attaché à ses bureaux.

Parmi les très intéressantes questions que va soulever le Congrès actuel, il en est une qui ne peut manquer d'attirer d'une façon particulière l'attention des pouvoirs publics, et de tous ceux qui ont la charge de grandes collectivités : je veux parler de l'alcoolisme, et de la criminalité qui en découle.

Jadis le milieu militaire était considéré comme un des foyers les plus redoutables d'expansion de cette terrible intoxication. Il faut bien reconnaître que la fréquences des guerres et surtout des expéditions coloniales lointaines ne prêtait que trop à la licence des habitudes et des mœurs, dont l'alcoolisme est le funeste compagnon. Mais on peut l'affirmer bien haut, les temps sont changés. L'armée, dans les nations modernes, qui ont généreusement accepté le service obligatoire, a compris qu'elle avait vis-à-vis de la masse des jenues citoyens groupés sous les drapeaux, le très noble, mais aussi très difficile devoir de reprendre et de continuer l'action éducatrice de l'école. C'est là une haute et belle mission à laquelle, en France, l'autorité militaire s'est attachée, depuis quelques années, avec la plus louable sollicitude. Elle a, en particulier constitué peu à peu, patiemment mais sûrement, un vétitable armement antialcoolique dont il est permis d'espérer les plus fructueux résultats.

L'alcoolisme est, à n'en pas douter, un véritable fléau pour les armées nationales. La déchéance physique qu'il entraîne appauvrit le recrutement de la façon la plus inquiétante; les délits ou les crimes qu'il engendre ébranlent la discipline. Terrible pourvoyeur de la tuberculose, l'alcool contribue puissamment à encombrer nos hôpitaux et à réduire prématurément nos effectifs.

Nous vous dirons nos efforts, Messieurs, contre cette lèpre moderne plus expansive que celle du moyen-âge. Vous nous donnerez l'appui fécond de vos études et de votre expérience, et de cette noble émulation naîtront les formules de prophylaxie les plus efficaces pour le plus grand bien de la France notre pays, et de cette patrie plus grande qui s'appelle l'Humanité.

SOCIETE BELGE DE NEUROLOGIE

Séance du 28 mai 1910

Un cas de puérilisme mental

(Présentation du sujet)

M. DECROLY. — La jeune fille que voici a été atteinte assez brusquement de puérilisme mental à l'âge de quinze ans; l'état mental était celui d'un enfant de quatre ans ; avec trouble de la vue et troubles de l'ouïe et même suppressions momentanées de la vision et de l'ouïe. En outre, elle a des crises de grimaces enfantines, puis au bout de sept à huit mois il y a aggravation sérieuse et narcolepsie avec réveil pour les repas. On a pu faire disparaître la surdité en appliquant des appareils à l'oreille; mais actuellement elle reparaît et la situation devient de plus en plus grave. Il y a insensibilité étendue le long des membres inférieurs, elle se plaint de douleurs de ventre et de tête (la céphalalgie est permanente et intense). Mais ce qui domine toute la scène, c'est le retour à un état mental antérieur. Malgré toutes mes objurgations, je ne parviens plus à en obtenir quoique ce soit. La malade n'est donc pas capable de correspondre avec autrui par l'ouïe, il faut lui écrire; elle répond alors à haute voix des phrases correctes. Elle parle aussi plus volontiers sa première langue qui est l allemand. Je définis ce cas : puérilisme mental, mais Sollier et Dupré ont aussi appelé ces états « Etats de régression hystérique ».

M. SOLLIER. — Il serait utile d'examiner à fond l'état de sa mémoire aux diverses périodes où elle se trouve ramenée et voir si elle a de l'amnésie des périodes postérieures. C'est en somme, un cas de régression de la personnalité chez une jeune hystérique et la façon dont se fait cette régression sous l'influence de la fatigue de l'attention vient à

l'appui de ma théorie de l'hystérie par inhibition des centres corticaux. Au fur et à mesure qu'elle s'épuise, que son cerveau s'engourdit par la fatigue elle perd de plus en plus de ses acquisitions et de ses fonctions, en particulier pour le langage où elle nous apparaît successivement comme une surdité verbale, puis une cécité verbale pure.

M. DECROLY. — Les avis de notre confrère Sollier sont très intéressants. Certes, il faudrait pouvoir examiner la mémoire de ce sujet, comme il le dit. Mais cet examen présente d'énormes difficultés, car la malade se laisse très peu approcher.

Tabès amyotrophique avec paralysie labio-glosso-laryngée progressive

(Étude anatomo-clinique)

MM. F. DAUWE et D'HOLLANDER. (Ce travail a paru dans le *Journal de Neurologie*, n° 13, 5 juillet 1910.)

Les anorexies nerveuses

M. Paul SOLLIER. (Voir le n° 11 du *Journal de Neurologie*, 5 juin 1910

Discussion

M. F. SANO. — Qu'appelez-vous alimentation mixte?

M. SOLLIER. — C'est l'alimentation ordinaire, composée de viande, de poisson, de végétaux divers, amylacés, feculents, etc., œufs, lait, pain, etc., n'excluant en somme aucune espèce d'aliments et ne donnant la prédominance à aucun.

M. LEY. — Il existe cependant des cas où la suppression de la viande de l'alimentation amène une amélioration très réelle et rapide de l'individu. Plusieurs confrères et moi-même avons eu l'occasion d'observer récemment une jeune fille, soi-disant anémique et neurasthénique, que des « princes de la science » avaient suralimentée pendant des années au bifstecks saignants et qui n'était qu'une intoxiquées par la viande. Le régime végétarien, qu'elle adopta comme dernière ressource donna chez elle un succès éclatant au bout d'un temps court. Les sujets ne sont pas rares chez lesquels la viande agit comme toxique.

M. SOLLIER. — Le végétarisme peut momentanément être utile et même nécessaire chez des gens qui s'intoxiquent facilement par l'intestin. Encore faut-il veiller au choix des végétaux. Mais je parle ici des anorexies nerveuses et je dis que dans ces cas le régime végétarien, comme le régime lacté, sont non seulement inutiles, mais nuisibles.

M. LEY. — J'ai eu l'occasion récente d'observer un cas analogue à ceux dont vient de parler M. Sollier. Je fus appelé en consultation par le confrère Gobert ,de Boitsfort, auprès d'une femme de 40 ans, émaciée, faible, ne quittant pas le lit, ne mangeant plus depuis des semaines, prenant à peine quelques cuillerées à café de lait par jour, lesquelles lui causaient des brûlures stomacales violentes, disait-elle. Après l'avoir observée quelque temps, nous posâmes le diagnostic d'anorexie nerveuse et son transfert au Sanatorium fut décidé.

Je lui annonçai que j'allais employer un moyen héroïque : le lavage de l'estomac. Le lavage consista à introduire au moyen de la sonde gastrique, placée par voie nasale, un demi-litre de lait dans l'estomac. Ce « lavage » fut très bien supporté, j'en fis un second identique, d'un litre, le jour même. Le lendemain, elle digérait trois litres de lait introduits de la même façon; quelques jours après, elle ajoutait à ses « lavages » des aliments solides; la guérison fut rapide. J'ai toujours une certaine répugnance à tromper le malade; c'est une arme à double tranchant dont il faut se servir avec prudence. Le succès fut toutefois complet chez cette malade, et le seul fait qu'elle digère de grandes quantités de lait introduites par la sonde sous prétexte de lavage, alors qu'elle prétendait ne pouvoir supporter une goutte de liquide chez elle, confirme le diagnostic d'anorexie nerveuse. L'état précaire de la malade, qui fut transportée à grande peine de chez elle au Sanatorium, serait une excuse s'il fallait en chercher une, à ma thérapeutique par la tromperie!

M. SOLLIER. — Ce qui l'a guérie, c'est d'être réalimentée. On l'aurait réalimentée par tout autre procédé, elle aurait guéri de même. Pour ma part, je n'ai jamais eu besoin d'employer la sonde, et surtout je n'aime pas la supercherie de la part du médecin. Mais dans la clientèle, en ville, on ne peut pas faire aussi facilement ce qu'on fait dans une maison de santé avec l'isolement à la base. L'essentiel, après tout, est de guérir les malades.

M. DECROLY. — A Bruxelles, le régime du professeur J. Desmeth eût un grand succès pendant tout un temps. C'était un régime de suralimentation et d'excès de bières fortes. Cependant, malgré tous ces inconvénients, ce régime a guéri bon nombre de malades. Dans l'anorexie nerveuse les traitements peuvent dont être multiples. L'essentiel est de faire la rééducation de l'appétit, du désir de manger.

Nomination d'un nouveau bureau pour 1910-1911

Le Dr D'HOLLANDER est nommé de droit président.
Le Dr CROCQ est nommé vice-président à l'unanimité.
Le Dr BOULENGER est nommé secrétaire à l'unanimité.
Le Dr GEERTS est nommé secrétaire-adjoint à l'unanimité.
Le Dr DECROLY est nommé trésorier et bibliothécaire à l'unanimité.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Directeur,

J'ai recours à votre obligeance pour obtenir l'insertion de ma lettre dans votre importante revue.

M. Rodiet exposant l'état actuel des Colonies familiales en France, veut bien rappeler (p. 281, n° 18) que je les ai fondées en 1893.

« C'est, dit-il, au successeur du Dr Marie, le Dr Truelle, que revient le mérite d'avoir complété l'organisation, de l'avoir développée et d'avoir transformé une expérience en institution. »

Je me garderai de rien enlever au mérite de M. Truelle que j'estime hautement et qui eût le grand courage de consacrer neuf ans de sa vie à poursuivre et consolider l'œuvre à laquelle j'avais moi-même consacré le même temps. Mais il convient de partager équitablement le mérite de l'œuvre commune entre ceux qui s'y dévouèrent. La phrase précitée semble opposer ceci à cela ; elle prête à penser que ce qui fonctionna neuf ans sous mon impulsion et celle de M. le Dr Vigouroux n'était qu'expérience instable et précaire.

Réserver le titre *d'institution développée* à une colonie de Dun, seconde manière, ferait croire que notre excellent collègue Truelle ait dû prendre le contrepied d'errements antérieurs qu'un lecteur non averti supposera fâcheux.

On dirait qu'il fallut une réforme particulièrement louable et sérieuse en 1900, pour que Dun devint *l'institution transformée et développée.* Ceux qui me firent l'honneur en 1900 de visiter avec le Congrès international, la Colonie que je quittai et dont je venais de faire la remise à M. le Dr Dupain, ont constaté qu'elle avait alors tous ses règlements généraux définitifs, en vigueur comme ils le sont toujours.

Neuf ans de fonctionnement avaient permis d'apporter à Dun l'organisation administrative et les congrénistes inaugurèrent avec nous le pavillon d'infirmerie que j'avais conçu et édifié pour retirer les pensionnaires faibles ou gâteux. A cette époque, la Colonie avait reçu 902 maades et avait un effectif de près de 700 avec un budget annuel de 407,700 francs.

Elle avait déjà les Annexes de Levet, Bussy, le petit centre d'Ourouer était loué. Ainay était annexé depuis trois ans. Nous avions démontré la nécessité de seconder cette dernière colonie en la spécialisant pour les hommes dont je n'avais pu encore obtenir qu'un convoi, malgré les objections absurdes dont le Dr Kachenko fit justice en publiant les objections inverses paralysant en Russie l'essor des placements de femmes.

Je me trouve ainsi dans la nécessité de rappeler que M. Vigoureux et moi avons pu contribuer efficacement à l'œuvre définitive. Sans s'en rendre compte évidemment, M. Rodiet a rédigé sa phrase de façon ambiguë. Quand il aura passé dix ans à Dun, s'il lit que dès son départ, la colonie commença à bien fonctionner, il comprendra notre sentiment. Mais il a encore neuf ans à attendre et je ne lui souhaite pas le stage que le Dr Truelle et nous y avons fait ; n'étant que depuis quelques mois à la tête de cet important service, on comprend qu'il se rende incomplètement compte de ce qui s'y passait de 1891 à 1900.

Qu'il me permette donc de compléter son très intéressant travail par ces quelques observations.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'expression de mes sentiments les plus confraternels.

Dr MARIE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Trémophobie
Un nouveau cas. — Conséquences médico-légales

par HENRY MEIGE (Paris)

La trémophobie est la peur de trembler. Cette variété de phobie n'est pas rare chez les sujets qui présentent du tremblement de la tête ou des membres, le mot *tremblement* étant pris dans son acception la plus générale et non dans son sens strictement nosologique (1).

La trémophobie participe à tous les caractères des obsessions, elle se rapproche surtout de l'éreutophobie de Pitres et Régis. On la voit apparaître chez des sujets prédisposés, surtout chez ceux qui présentent cette *constitution émotive* que M. E. Dupré a finement analysée. Rougeur et tremblement ne sont, en effet, que des manifestations réflexes de l'émotivité. Ces phénomènes sont d'ordre banal; mais quand ils viennent à s'accompagner d'un véritable état obsédant, ils offrent davantage d'intérêt pour le psychiâtre.

De même que la rougeur de l'éreutophobe s'accroît avec les progrès de sa phobie, de même le tremblement du trémophobe augmente avec sa peur de trembler. Le phénomène physique engendre l'obsession, qui, à son tour, amplifie la réaction somatique; l'exagération de cette dernière réagit fâcheusement sur le trouble mental; ainsi se crée un cercle vicieux de réactions psycho-physiques réciproques dont l'aboutissant peut être un véritable état de mal obsédant. Inversement d'ailleurs, les améliorations de l'état mental et de l'état physique se produisent parallèlement.

La trémophobie peut avoir pour point de départ un tremblement véritable, tremblement dit constitutionnel, héréditaire, névropathique, tremblement dit sénile, ou tout autre variété de tremblement liée à une affection trémogène, comme la maladie de Parkinson, la maladie de Basedow, la sclérose en plaques, etc.

La peur de trembler se relie aussi à des idées de toutes sortes: idées d'humiliation, idées de déchéance, préoccupations nosopho-

---

(1) HENRY MEIGE. Communication à la Société de Psychiatrie de Paris, séance du 17 décembre 1908. *Revue Neurologique*, n° 1, 15 janvier 1909.

biques. Beaucoup de trémophobes redoutent que leur tremblement ne soit l'indice d'une affection nerveuse incurable. La trémophobie est fréquente chez les sujets atteints de torticolis convulsif. Enfin, M. Régis a décrit une curieuse variété de trémophobie à laquelle il a donné le nom de « trac des coiffeurs ».

J'ai eu l'occasion de rapporter quelques exemples de trémophobie ; en voici un nouveau que je résumerai brièvement :

Un prêtre âgé de 60 ans, qui vit dans une petite paroisse, au centre du Canada, est, depuis de longues années, atteint d'un tremblement léger des membres supérieurs et de la tête, plus accentué à droite qu'à gauche. Aucun signe ne permet de rattacher ce tremblement à une affection organique du système nerveux ; tous les réflexes sont normaux. Au surplus, ce tremblement est héréditaire et familial. Le père et les deux frères de ce malade présentent un tremblement analogue.

Pendant de longues années, ce prêtre ne s'est nullement préoccupé de ce léger trouble moteur ; il accomplissait régulièrement tous les actes de son ministère, et ne songeait guère à attribuer de signification pessimiste à une petite infirmité qu'il considérait justement comme un héritage de famille. De santé robuste, menant une vie rude, il se portait à merveille ; il en est encore de même aujourd'hui.

Il y a environ seize ans, vers 1894, il fut atteint d'asthme des foins ; tous les ans, au mois d'août, pendant six semaines, il souffre d'un coryza violent auquel succèdent des crises d'asthme bronchique et pulmonaire caractéristiques. C'est le premier épisode névropathique de son histoire.

Vers la même époque, apparut un autre trouble : au cours d'une tournée pastorale où il officiait devant son évêque, ce prêtre fut pris subitement de la peur de tomber des marches de l'autel. Et, dès lors, à chaque office, cette peur se renouvela, sorte de phobie vertigineuse, qui devint de plus en plus difficile à vaincre ; mais il tourna la difficulté en obtenant, non sans peine, que, dans son église les marches de l'autel fussent supprimées. Cette phobie était élective : il pouvait monter en chaire, bien que celle-ci fut beaucoup plus élevée que l'autel, et y prêcher sans appréhension, grâce à la balustrade qui l'entourait.

Il en fut ainsi pendant quelques années ; puis la peur de tomber de l'autel s'atténua. C'est alors qu'elle fut remplacée par une nouvelle phobie : la *peur du tremblement* — de ce tremblement dont il ne s'était pas inquiété jusqu'alors. Il s'imagina que ce trouble moteur pourrait lui faire commettre dans l'exercice de son ministère des actes inconséquents, notamment au moment de la communion ; il redouta de ne plus pouvoir rompre l'hostie, sans risquer d'en éparpiller les morceaux. Dès lors, il dut s'abstenir de communier et de faire communier les autres.

Enfin, progressivement, la peur de trembler apparut aussi dans quelques actes de la vie ordinaire, comme de manger le potage, et même à propos de l'écriture, qui est devenue presque impossible.

Cette trémophobie est beaucoup plus accentuée en présence de personnes étrangères ; entouré de ses familiers, le prêtre n'en est presque

pas incommodé. Il peut même donner la communion aux personnes de sa famille.

Le malade,qui est intelligent et instruit, analyse très exactement sa situation. Il n'attribue pas à son tremblement une signification pathologique grave; il sait que ceux des siens, qui en furent atteints, ont vécu paisiblement malgré cette légère infirmité. Sa seule préoccupation, — et cette préoccupation est vraiment obsédante, — réside dans la crainte des conséquences que peut avoir le tremblement, surtout pour l'exécution des actes rituels.

Inutile d'ajouter que ce trémophobe, comme la plupart des obsédés, a tenté de tous les remèdes, jusques et y compris l'électricité, le pire des traitements pour les trembleurs.

En résumé, il s'agit ici d'un cas très net de phobie du tremblement, caractérisé principalement par la crainte des consequences que pourrait avoir ce trouble moteur au point de vue professionnel. Cette phobie est apparue chez un sujet manifestement névropathe et psychopathe (ses crises d'asthme et son appréhension vertigineuse, en font foi), mais qui est également un trembleur héréditaire.

Ce n'est point ici le lieu de discuter la nature de cette névropathie trémulante dont les exemples familiaux ne sont pas rares. On les range encore parmi les névroses, faute d'en connaître le substratum anatomique. Mais sa parenté avec les autres affections héréditaires et familiales du système nerveux semble très vraisemblable.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que le tremblement, quel qu'il soit, peut être, chez les sujets prédisposés, le point de départ de troubles psychopathiques à forme obsédante. Il y a donc lieu, lorsqu'on examine un trembleur, non seulement d'analyser les caractères objectifs de son tremblement, mais de rechercher la répercussion mentale qu'il peut avoir, et, inversement, il faut aussi chercher à apprécier le rôle joué par la trémophobie dans l'apparition ou l'exagération du tremblement.

Cette analyse, à la fois clinique et psychologique, n'a pas seulement un intérêt théorique, elle peut aussi avoir des conséquences pratiques importantes.

Au point de vue du traitement, elle sert de guide pour les interventions psychothérapiques qui, bien dirigées, ont une efficacité non douteuse.

Au point de vue professionnel, la peur du tremblement peut avoir de pénibles résultats: elle conduit certains trémophobes, ainsi que l'a montré M. Régis, à abandonner leur profession.

Au point de vue médico-légal, l'appréciation d'un tremblement est toujours chose délicate. Lorsqu'il s'agit d'un tremblement con-

sécutif à des traumatismes, notamment chez les accidentés du travail, il faut, bien entendu, se mettre d'abord en garde contre la simulation, le tremblement étant beaucoup plus facile à simuler qu'on ne serait tenté de le croire. En second lieu, il importe d'apprécier le trouble moteur en soi, d'en déterminer les caractères et l'intensité, et de rechercher ensuite les corrélations qui peuvent exister entre le tremblement et la trémophobie. Chez les accidentés trembleurs, il n'est pas rare que le tremblement, au cours des expertises, tantôt soït cultivé volontairement, sciemment, dans un but intéressé, tantôt qu'il soit entretenu par cette disposition revendicatrice à laquelle Brissaud a donné le nom imaginé de *sinistrose*. Mais chez d'autres sujets la trémophobie, trouble psychopathique, peut contribuer aussi à exagérer l'intensité du tremblement. Le médecin expert ne doit pas l'ignorer.

Note additionnelle. — Incidemment, dans la discussion de cette communication, il a été fait allusion aux effets thérapeutiques de l'hypnotisme chez les trémophobes. Je n'avais pas cru devoir parler de ce mode de traitement que je ne me reconnais pas le droit d'employer; mais je tiens à dire qu'il m'a été donné de constater, non seulement son inefficacité, mais encore sa nature illusoire.

Dans un des cas de trémophobie que j'ai rapportés antérieurement, une malade m'ayant témoigné le désir d'être hypnotisée, j'ai refusé de le faire moi-même; mais je ne lui ai nullement déconseillé de s'adresser ailleurs. Elle alla donc voir un hypnotiseur, confiante dans le résultat. Quand je la revis, elle n'était pas guérie, ni même améliorée; de plus, elle m'avoua que, malgré son ardent désir d'hypnose, elle ne s'était jamais endormie. Elle avait docilement obéi à toutes les injonctions, sans succès; toutefois, pour ne pas désobliger l'opérateur, elle lui avait répondu qu'elle dormait, et même, ajoutait-elle, il en est resté convaincu.

Le fait est banal, je le sais. On pourrait en citer maints pareils. Ces constatations ne sont pas pourtant superflues. Elles montrent que l'hypnose est fréquemment illusoire. Presque toujours les manœuvres hypnotiques sont une duperie, tantôt pour le malade, tantôt pour le médecin, souvent pour les deux réunis. On doit donc s'en abstenir.

La Jurisprudence des Tribunaux en matière de séparation de corps et de divorce et les faits d'ivresse

PAR

P. JUQUELIER
Ancien chef de clinique
à la Faculté de Paris
Médecin assistant à l'Asile clinique
de Sainte-Anne

A. FILLASSIER
Docteur en médecine,
Docteur en droit

L'article 231 du Code civil dispose : « Les époux pourront réci- » proquement demander le divorce pour excès, sévices ou injures » graves de l'un envers l'autre. »

De son côté, l'article 306 du Code civil modifié par la loi du 27 juillet 1884, est ainsi conçu : « Dans le cas où il y a lieu à la » demande en divorce, il sera libre aux époux de former une de- » mande en séparation de corps. »

Différentes définitions ont été données de ces termes.

C'est ainsi que pour Coulon, « les excès sont des actes d'un ca- » ractère tel qu'ils mettent en danger la vie en compromettant la » santé de la personne qui en est l'objet ».

« Les sévices sont des actes de brutalité, de cruauté ou de mé- » chanceté qui ne portent pas atteinte à la vie ou à la santé des per- » sonnes, mais qui, néanmoins, rendent la vie commune impossi- » ble. »

« Les injures graves sont des paroles outrageantes, des écrits qui ont pour but de déconsidérer la personne ou de manifester à son » égard des sentiments de dédain, de haine ou de mépris. »

On peut classer aussi parmi les injures graves tous faits de nature à porter atteinte à l'honneur de l'un des conjoints, et qui ont un tel caractère de gravité qu'ils rendent la vie commune impossible.

Carpentier (*Traité théorique et pratique du Divorce*, Paris 1885) définit les injures graves « toutes paroles, tous écrits ou tous actes » quelconques qui ont pour effet de porter atteinte au conjoint dans » sa considération ou dans son honneur ».

* * *

De ces définitions il résulte donc dès l'abord que les faits qui nous occupent rentrent dans la catégorie des injures graves et peuvent à ce titre justifier une action en séparation de corps ou divorce.

Les injures graves sont d'ailleurs les causes les plus fréquentes de ces actions.

Sans doute il arrivera que sous le coup de la boisson, dans une crise de délire alcoolique, à la faveur des idées de persécution ou de jalousie si fréquentes alors, un époux se livrera sur son conjoint à des actes regrettables; nous nous trouverons ici en présence d'un excès ou d'un sévice que le juge aura à apprécier.

Plusieurs hypothèses doivent être examinées : pour le Code, la folie ne saurait constituer une cause de séparation de corps ou de divorce; un arrêt de la Cour de Cassation du 5 août 1890, indique que les excès, sévices ou injures graves doivent émaner d'une personne saine d'esprit, moralement responsable de ses actes. Un arrêt de la même Cour, du 14 janvier 1861 (D. 61, I. 196) avait déjà déclaré que les excès, sévices ou injures graves commis sous l'empire d'aliénation mentale, ne sont pas de nature à justifier une demande en séparation de corps. (Voir dans le même sens, Cour de Monpellier, 1er février 1866, D. 67. 5. 390) ; Tribunal de la Seine, 27 novembre 1868 et Tribunal de Lure, 14 mars 1863, *Gazette des Tribunaux,* 6 janvier 1869.)

La doctrine est d'accord avec la jurisprudence.

Vraye écrit : « Les excès, sévices ou injures graves ne sont une » cause de divorce ou de séparation de corps que s'ils sont commis » volontairement avec une intention coupable, dans le but de nuire » à l'époux, soit physiquement, soit moralement. S'ils sont le ré- » sultat de la maladie, ou de toute autre cause exclusive de la volonté » de leur auteur, ils ne sauraient plus rentrer dans les termes de » l'article 231. »

Dans le même sens, un arrêt de la Cour d'Orléans du 28 novembre 1900 (Orléans, 28 novembre 1900, D .P. 1901, 2. 335) refuse d'accueillir une demande en séparation de corps, parce que les faits ne sont pas nettement établis, et parce que la malade « était atteinte d'une affection héréditaire ».

« Attendu... qu'on pourrait aller jusqu'à dire que, les faits » d'ivresse véritable auraient-ils été établis, leur caractère d'actes » volontaires, et par suite d'actes injurieux, deviendrait lui-même » douteux, en raison de l'état mental héréditaire de la dame C... »

La Cour estime dès lors que les faits reprochés ne peuvent être retenus, non seulement parce qu'ils ont pour cause directe un état morbide, mais encore parce que l'ivresse peut n'être considérée que comme conséquence de cet état.

Nous ne savons de quelle affection héréditaire il s'agissait, mais la solution serait la même, semble-t-il, si nous nous trouvions en présence d'un maniaque, d'un épileptique à la période confusionnelle, d'un paralytique général à la période de début; il n'y aurait

pas lieu de retenir des excès de boissons commis à une période d'irresponsabilité.

Mais, peut-on dire a priori que puisqu'il s'agit d'un héréditaire, les faits d'ivresse doivent être écartés? Evidemment non, à notre avis; le dégénéré héréditaire présente un état mental qui lui est propre; il est, par rapport aux sollicitations journalières, dans un état de moindre défense; M. Magnan a pu dire qu'il se laissait aller à boire plus facilement parce qu'il était dégénéré, et que l'alcool faisait chez lui des ravages d'autant plus considérables qu'il était porteur d'une tare héréditaire. Il en résulte donc qu'il faut le prémunir contre ses propres excès, et que la notion de sa responsabilité civile et pénale constituera dans sa lutte contre ses propres tendances, un frein important que l'on ne saurait négliger.

Par contre, M. Grevin, continuant le traité du Code Civil de Demolombe (*Traité du Divorce*), note qu'il en sera autrement si le désordre mental doit être imputé à une faute de celui qui en est atteint et l'ivresse constitue une faute volontaire dont les suites peuvent être reprochées à leur auteur.

« Attendu qu'il résulte des documents de la cause, dira la Cour de Besançon, que M... est fréquemment atteint de crises de délire aigu pendant lesquelles il se livre à des scènes d'injures et de violences; que c'est ainsi que, du 4 août 1889 au 22 avril 1894, il a dû être enfermé sept fois à l'asile de...;

» Attendu que le médecin qui a examiné l'appelant déclare avec certitude que l'alcoolisme était la cause de ses accès d'aliénation mentale; qu'après un séjour assez court à l'asile, la raison lui revenait, mais que dès qu'il recommençait à boire, il devenait fou de nouveau, et l'internement devenait nécessaire;

» Attendu que c'est donc par sa volonté persistante que l'appelant se plonge lui-même à intervalles fréquents dans un état de dégradation absolue, pendant lequel il devient dangereux; qu'on ne peut dès lors obliger sa femme à rester plus longtemps exposée à sa fureur alcoolique... »

Et la Cour confirme le jugement du Tribunal de Dôle qui avait prononcé le divorce. (Cour de Besançon, 18 décembre 1896. D. P. 1898, 2, p. 4.)

De même un arrêt de la Cour de Paris, du 29 avril 1881 (Cour de Paris, 29 avril 1881, S. 1882, 2, 21) prononça la séparation de corps au profit de la femme dont le mari s'était, sous l'empire d'excès alcooliques et d'accès de jalousie, livré sur elle à des sévices et injures extrêmement graves.

Cet arrêt intervient dans les circonstances suivantes : les époux X... s'étaient mariés en 1859; en 1875 X..., à la suite d'excès alcoo-

liques, commença à maltraiter habituellement sa femme. Arrêté en 1878, à la suite de violences sur un de ses employés, il fut soumis à un examen médical.

M. le Dr Chrétien de Souchay, expert désigné, conclut ainsi : « X... est atteint d'aliénation mentale (manie) ; sous l'empire » d'idées erronées, il entre en fureur, et se livre à des violences qui » le rendent un danger pour son entourage ; ce sont surtout des » idées de défiance et de jalousie extrême envers sa femme, qui » excitent sa fureur, et elle est continuellement la victime de vio- » lentes brutalités dont nous avons été témoins le 27 août dernier, » le Dr Piedalin et moi. Je considère le placement de ce malade » comme une mesure de protection nécessaire. »

A quelques jours de là, M. le Dr Faure délivre le certificat suivant : « Etat maniaque, hallucinations, agitation, jalousie, actes » de violence, dangereux, est dans un état mental qui exige son » placement dans un asile. »

Le malade fut alors transféré à Bicêtre d'où il sortit le 25 janvier 1879. Il semble bien, d'après ces certificats que nous nous trouvions en présence d'un malade qui, à la suite d'excès alcooliques, avait eu des accès de délire hallucinatoire avec idées de persécution et de jalousie ; irritabilité morbide et actes de violence à l'égard de sa femme.

Dès la mise en liberté de son mari, celle-ci introduit une demande en séparation de corps devant le Tribunal de la Seine, qui, par arrêt du 14 février 1880, repousse cette demande car, « la démence ne peut être une cause de séparation de corps ».

Mme X... interjeta appel, et le 29 avril 1881, le Cour de Paris cassa le jugement du tribunal et prononça la séparation :

« Considérant qu'il ressort dès à présent des documents fournis » au procès que X..., sous l'empire d'excès alcooliques et d'accès » de jalousie, a dû être, en 1878, interné momentanément et mis en » observation dans un asile, il a été par deux fois, et au bout de » très peu de temps (3 mois) mis en liberté comme ayant la con- » science et la responsabilité de ses actes ;

» Considérant qu'à la même époque, il s'était, à différentes re- » prises, livré contre sa femme à des excès, des sévices et injures » graves...

» En conséquence... »

* * *

Mais notre plaideur n'est pas atteint d'une affection mentale ; il n'a pas commis sous l'influence d'une cause pathologique dont il

porte le poids, des excès de boissons; il n'a pas déterminé sa maladie par des abus d'alcool; les faits d'ivresse, constituent-ils des injures graves susceptibles de justifier une action en séparation de corps ou de divorce?

La jurisprudence des Cours et des Tribunaux a beaucoup varié. C'est ainsi que la Cour de Liége, par arrêt du 24 juillet 1872 (Coulon et Faivre, jurisprudence du divorce) décida que les faits d'ivrognerie n'avaient aucun rapport avec la personnalité du conjoint défendeur, et ne pouvaient constituer une cause de divorce.

Bien mieux, Frémont rapporte qu'un jugement du tribunal d'Anvers du 26 mai 1867, avait admis que les injures proférées par la femme contre le mari, alors qu'elle était en état d'ivresse, et accompagnées d'actes contraires à la pudeur, puisaient dans le fait même de l'ivresse une atténuation qui lui enlevait leur caractère de gravité suffisante pour motiver une action en divorce; si le vice de l'ivresse, disait-on, surtout par sa fréquence et sa longue continuité, est incontestablement une cause de troubles et de peines pour le conjoint, et un mauvais exemple pour les enfants, ce vice ne constitue pas cependant l'injure grave et caractérisée qui peut donner lieu à la dissolution d'un contrat qui engendre entre les époux, l'obligation de supporter mutuellement leurs défauts.

De son côté, la Cour de Bruxelles indique par arrêt du 10 août 1858, que le simple fait pour l'un des époux de s'adonner à l'ivrognerie, ne constitue pas pour l'autre une cause de divorce.

En France, il a été jugé que les faits isolés d'ivresse ne pouvaient être invoqués. C'est ainsi qu'il a été jugé que des faits d'ivresse de la femme ne peuvent être considérés comme injures graves lorsqu'il est constant que ces faits sont peu nombreux (Dijon, 27 juillet 1887) ; que les injures proférées pendant un *état d'ivresse* accidentel peuvent être considérées comme n'étant pas volontaires et ne constituent pas une injure grave suffisante. (Orléans, 21 octobre 1897, S. P. 98, 2, 39.) (Voir dans le même sens : Liége, 10 août 1854, *Pasicrisie belge 1856*, 2, 440, août 1888, *Pasicrisie belge*, 1871, 2, 166; Bruxelles, Gand, 26 décembre 1872, *Pasicrisie belge*, 1872, 2, 95.)

De même le tribunal de Gourdon, par jugement du 5 juillet 1904, estime que les faits isolés d'ivresse, ne sont pas suffisants, et la Cour d'Agen partage cette manière de voir. (Arrêt du 30 janvier 1905, D. 1905, 2, 63.)

Il faut donc que les faits reprochés soient assez nombreux. Est-ce suffisant? Oui, dira dans une espèce de séparation de corps la Cour de Poitiers (arrêt du 18 juin 1894, 2, 235).

Mais de nombreux arrêts et jugements réclament un élément nouveau : le scandale.

C'est d'abord le Tribunal de la Seine qui pense que « si le mari » se laissait parfois aller à boire un peu plus que de raison, cette » intempérance n'a pas revêtu un caractère habituel et scandaleux » qui permet de le considérer comme une injure grave à l'égard de » sa femme » (jugement du 31 décembre 1883, *Gazette des Tribunaux*, 31 décembre 1887) et que les habitudes d'intempérance et de scandale sont causes suffisantes pour le divorce (jugement du 31 mai 1897, *Gazette des Tribunaux* du 23 septembre 1897).

« S'il est vrai, dit un arrêt de la Cour de Toulouse du 10 février » 1898 (D. P. 1899, 2, 257) que les témoins indiquent d'une ma- » nière générale que X... a été vu parfois pris de boisson, il ne » résulte pas de ces dépositions la preuve assez manifeste pour » constituer un grief de séparation de corps... »

La Cour de Chambéry, par arrêt du 13 mars 1905 (*La Loi*, 30 mai 1905), décide que le fait de s'enivrer constamment et d'une manière scandaleuse, constitue de la part de l'époux une injure grave, de nature à justifier une demande en divorce.

Un arrêt de la Cour de Poitiers, du 30 juillet 1906 (S. 1907, 1, 454) dispose « que s'il résulte des enquêtes que P... s'enivrait » quelquefois, il n'est pas établi qu'il eût des habitudes d'ivrognerie » atteignant assez profondément sa considération pour constituer » une injure grave à l'égard de sa femme; *qu'il n'a pas été un seul* » *fait d'ivresse ayant causé un scandale public, soit dans les auber-* » *ges, soit ailleurs* ». Et la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation confirme, en 1907, en décidant ainsi : « Par un usage » légitime de son pouvoir d'appréciation, l'arrêt attaqué n'a violé » aucun des textes. »

Des faits accidentels d'ivresse, déclare la Cour de Dijon, peu nombreux, et qui n'ont eu d'autres témoins que les gens de service de la maison, ne peuvent autoriser le mari à demander le divorce (Cour de Dijon, 27 juillet 1887, S. 1888, 2, 17), et cependant, Frémont (*Traité du Divorce*, n° 63) estime qu'il « y aura publicité » suffisante pour constituer l'injure grave, lorsque l'outrage verbal » se sera produit devant quelques personnes, devant des amis, les » enfants, les domestiques ».

Le Tribunal de Verviers, le 14 juin 1880, attache à l'élément scandaleux une grande importance.

« Attendu que le demandeur articule dans sa requête introductive d'instance que sa femme s'adonne aux boissons fortes et qu'elle a refusé de renoncer à ce vice fatal malgré les sollicitations réitérées de son mari, malgré les instances pressantes, les admonestations parfois sévères de son frère; qu'elle se procure et va parfois chercher elle-même ce qu'elle boit chez les fournisseurs dénommés à la dite requête que par la faute de la défenderesse, le scandale n'a pu être évité;

» Attendu qu'il est admis en principe que les injures graves dont il est question dans l'article 231 du Code civil, peuvent être soit verbales, soit réelles;

» Que les injures réelles comprennent tous les faits qui constituent une insulte, un outrage ou une marque de mépris; attendu que le fait de l'un des époux de *s'adonner à l'ivrognerie peut* dans certaines circonstances, notamment quand *ce fait produit un vrai scandale,* se répète trop souvent au point de devenir une habitude, et, malgré les sollicitations pressantes et réitérées de l'autre époux, constituer, tout au moins à l'égard de celui-ci, une marque de mépris suffisante pour justifier une demande en divorce, mais pour qu'il en soit ainsi, il faut évidemment que les faits d'ivrognerie soient posés librement en dehors de toute influence résultant d'infirmités physiques ou intellectuelles... » (*Pasicrisie belge*, 1881, 3, 132.)

La jurisprudence qui fait du scandale un argument décisif est-elle fondée? et Demolombe n'écrit-il pas justement que la publicité n'est pas une condition nécessaire des sévices ni même des injures. « Le texte ne l'exige pas et on a même rejeté un amendement qui » proposait de substituer les mots « diffamation publique » à ceux » de « injures graves ».

Mais il n'en est pas moins vrai aussi que « la publicité peut être une des circonstances aggravantes du fait lui-même ». (Demolombe, *Traité du Mariage,* T. 2, n° 385, Paris 1869.)

De leur côté, Aubry et Rau (*Cours de droit civil français,* T. V, p. 177, Paris, 1872) estiment : « Si la publicité d'une injure en » augmente la gravité et si l'absence de publicité en atténue la portée, une injure peut cependant être rangée parmi les injures graves » quoiqu'elle n'ait point été accompagnée de publicité ».

Des résistances d'ailleurs se sont produites: « Attendu, disposera un jugement du Tribunal de Lyon du 14 novembre 1895 (*Gazette des Tribunaux* du 15 janvier 1896) qu'il n'est pas exact de dire que l'ivresse même habituelle ne devient une injure grave qu'à la condition d'être poussée jusqu'au scandale public et de nuire à la réputation du ménage; qu'il est hors de doute que lorsque l'ivresse se produit et se renouvelle malgré les remontrances pressantes et réitérées; lorsqu'elle en arrive à être une occasion de sévices pour l'autre conjoint et de troubles dans l'existence conjugale, un mauvais exemple dans la famille et dans la maison, elle affecte alors un caractère assez gravement injurieux pour motiver une action en séparation de corps. »

* * *

De nombreuses décisions de justice réclament donc que les faits reprochés soient nombreux et qu'il y ait scandale.

Sont-ce là des conditions nécessaires, et le juge est-il lié ?

En aucune manière. Le jugement du Tribunal de Lyon du 14 novembre 1895, en témoigne. Le juge apprécie souverainement la gravité des espèces qui lui sont soumises. Il se détermine par tel motif qu'il estime suffisant.

C'est ainsi que la Cour de Bruxelles a jugé le 10 août 1863 que « l'ivrognerie peut, lorsqu'elle se renouvelle presque chaque jour, » qu'elle est entourée de circonstances engendrant un véritable » scandale, qu'elle résiste à toutes les sollicitations, à tous les con- » seils et même à toutes les injonctions de l'autre époux, en un mot, » *lorsqu'elle imprime sur toute la conduite de celui qui s'y livre une* » *tache honteuse qui va atteindre même son conjoint,* elle peut re- » vêtir alors le caractère d'une de ces injures graves que le législa- » teur a placé au nombre des causes qui autorisent la demande en » divorce... »

La Cour de Paris, par arrêt du 19 mai 1879 (S. 79, 2. 175) estima que la femme pouvait demander la séparation de corps, lorsqu'il était établi que son mari avait contracté des habitudes d'ivrognerie et d'intempérance, avec cette circonstance, que ces habitudes auraient exercé sur les relations conjugales une influence funeste, et que sous leur empire, le mari aurait laissé sa femme dans l'abandon, ne lui témoignant que du dédain et de l'indifférence.

Il y avait là pour la Cour les éléments d'une injure grave, de nature à justifier la demande ; en conséquence, elle autorisa la femme X... à faire la preuve, notamment :

1° Que dès les premiers jours du mariage, X... avait contracté l'habitude de boire et rentrait fréquemment en état d'ébriété complète ;

2° Que notamment, le 31 janvier 1878, au mariage d'un parent, il avait tellement pris d'absinthe avant le repas qu'il avait été obligé de se coucher pendant plusieurs heures, donnant ainsi à tous ses parents le spectacle de son ivresse ;

3° Que ces scènes se sont renouvelées fréquemment, et que, malgré les observations de la femme, elles ont pris un caractère de gravité tel, qu'elles ont provoqué chez X... des crises nerveuses, et que, dans ces moments, hors de lui, il n'a plus conscience de son état.

Un arrêt de la Cour de Liége, 23 mai 1881, confirme le jugement d'un Tribunal qui avait prononcé le divorce :

« Attendu que pour admettre le divorce, l'arrêt dénoncé se fonde » sur ce que les *habitudes d'ivrognerie* de la femme X... ont été » parfois *accompagnées de faits et de propos tels qu'ils doivent être* » *considérés comme une injure grave pour le mari* » ;

« Attendu que cette décision, loin de violer l'article 231 du Code

» civil, en est au contraire une juste application, puisqu'elle ne pro-
» nonce la dissolution du mariage entre parties qu'après avoir cons-
» taté en fait l'existence de l'un des causes du divorce que cet article
» détermine... »

La doctrine est d'ailleurs conforme à la jurisprudence.

Aubry et Rau écriront :

« Les tribunaux jouissent du pouvoir discrétionnaire le plus
» étendu quant à l'appréciation du point de savoir si les sévices ou
» les injures dont se plaint l'un des époux sont assez graves pour
» justifier une demande en séparation de corps. Ils peuvent et doi-
» vent à cet égard prendre en considération l'âge, la position so-
» ciale et l'éducation des parties, les circonstances dans lesquelles
» les sévices ou les injures ont eu lieu, et les torts que l'époux plai-
» gnant aurait à se reprocher. »

***

En résumé (et sauf quelques rares décisions de justice ne retenant pas l'ivrognerie parce qu'elle ne modifie pas la personnalité du conjoint, ou parce qu'elle est un incident exceptionnel de la vie conjugale, dans laquelle les époux doivent supporter réciproquement leurs travers), dans l'état actuel de la jurisprudence, les faits d'ivresse ne justifient pas une action en séparation et en divorce, à moins qu'ils ne soient nombreux, scandaleux ou entourés de circonstances telles qu'ils fassent par là même la conviction du juge.

De plus, ces excès ne pourront être retenus que tout autant qu'ils seront commis par un sujet responsable, et ceci devra être entendu dans un sens très large : c'est ainsi que l'époux les commettant ne pourra se les voir reprocher, s'il est atteint d'une affection mentale, qui non seulement le rend plus sensible aux effets de l'alcool, mais encore l'empêche de résister à l'attrait de la boisson.

Ici cependant, il contient de se montrer réservé. Il est, dans chaque cas, de toute importance de caractériser aussi exactement que possible l'anomalie psychique et de déterminer avec soin le discernement du sujet, ainsi que son pouvoir de résistance en face de la boisson (1). En effet, le conjoint qui se livre à des excès alors qu'il est très sensible aux conséquences de l'alcool, et qui, le sachant, continue, commet une faute engageant sa responsabilité.

De même, en matière correctionnelle ou criminelle, certains

---

(1) C'est à dessein que nous n'avons pas parlé de la dipsomanie qui, avec sa période prémonitoire de tristesse suivie d'obsessions puis d'impulsions, est une véritable maladie qui ne rentre pas dans notre sujet.

experts, après avoir excusé une ou deux fois un dégénéré buveur particulièrement nuisible au cours de ses ivresses d'ailleurs anormales, le considèrent comme devant rendre compte de ses actes à la justice en cas de récidive. Le délinquant, pensent-ils, a été suffisamment averti par les faits antérieurs du péril que son ivrognerie crée pour la société. Il commet donc une faute grave chaque fois qu'il s'enivre, s'il n'est pas démontré que sa déséquilibration mentale a précisément pour résultat de le pousser irrésistiblement à boire.

XX[e] CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE et des pays de langue française

(Bruxelles-Liége 1-8 août 1910)

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE S. M. LE ROI ALBERT ET DU GOUVERNEMENT BELGE

(*Suite*)

Enfin M. Crocq, au nom de M. Klippel et au sien, prononce le discours d'usage.

Monsieur le Délégué du Roi,

Monsieur le Ministre de France,

Messieurs les Délégués des Ministres de Belgique et de France,

Messieurs et chers Collègues,

Les premières paroles des deux présidents de notre XX[e] Congrès seront pour remercier le Roi, le Gouvernement belge, les Villes de Bruxelles et de Liége, d'un patronage des plus flatteurs, d'une hospitalité très cordiale, d'un accueil si gracieux!

S. M. le Roi Albert a bien voulu approuver nos efforts et s'intéresser à nos travaux. Après nous avoir accordé Son Haut Patronage, le Roi daigne se faire représenter, parmi nous, par M. le comte d'Arschot, une des personnalités les plus éminentes de son entourage; nous apprécions ce grand honneur à sa juste valeur et nous le considérons comme un gage précieux de la haute protection du Souverain.

Monsieur le comte d'Arschot, veuillez être, auprès du Roi, notre interprête éloquent, dites-lui combien nous apprécions la haute faveur dont Il nous honore et combien nous Lui sommes profondément reconnaissants de l'intérêt qu'Il nous porte!

Nous savons que Sa Majesté ne reste étrangère à aucune des questions se rapportant à l'amélioration et au progrès de son pays et de son peuple. Elle ne pouvait rester indifférente aux trois grands problèmes médico-sociaux qui figurent à notre ordre du jour: la maladie du sommeil, l'alcoolisme et la criminalité.

Notre reconnaissance n'est pas moindre envers le Gouvernement belge qui patronne notre vingtième réunion et dont nous ne saurions assez louer le concours.

Tous les départements ministériels ayant quelques rapports avec nos travaux se sont empressés de nous accorder leur haute protection. MM. les Ministres de la Justice, de l'Intérieur et des Sciences ont bien voulu accepter la présidence d'honneur de notre Congrès. En déléguant à notre séance inaugurale un de leurs représentants les plus autorisés, MM. Schollaert et de Lantsheere ont voulu nous prouver combien ils apprécient notre institution scientifique et à quel point ils estiment nos travaux.

Nous vous remercions bien sincèrement, Monsieur le Directeur Général Velghe d'avoir bien voulu inaugurer notre session au nom du Gouvernement belge; nous avons rencontré, en vous, un appui autorisé et puissant qui nous a permis de donner à notre XXe Congrès un éclat tout particulier.

Les entreprises médicales et scientifiques sérieuses trouvent toujours, au Ministère de l'Intérieur, une parole d'encouragement et, ce qui est mieux, un concours effectif précieux.

Vous avez bien voulu, Monsieur le Directeur Général, vous intéresser à nos travaux; nous vous en exprimons toute notre gratitude.

Et vous, Monsieur le Directeur Général de Latour, qui représentez le Département régissant les asiles d'aliénés, comment vous remercierions-nous de votre incessante et infatigable intervention? Dès le début, nous avons eu en vous un collaborateur dévoué autant qu'éclairé; vous êtes, en maintes circonstances, intervenu en notre faveur et votre administration n'a pas voulu rester étrangère au succès de notre session en lui allouant un subside important.

Nous remercions M. Renkin, Ministre des Colonies, d'avoir bien voulu se faire représenter, parmi nous, par deux de nos collègues les plus distingués: MM. les Drs Carré et Van Campenhout.

Nous remercions le Commissariat général du Gouvernement d'avoir obtenu, pour nous, l'entrée gratuite à l'Exposition de Bruxelles pendant toute la durée de notre Congrès.

Nous remercions tout spécialement les Présidents et Membres du groupe XXII (Congrès et Conférences), pour la remarquable brochure qui a été offerte gracieusement à nos membres. Nous tenons à signaler combien le précieux concours de M. le chevalier de Moreau, secrétaire du groupe, nous a été utile.

Vous le voyez, Messieurs, le XXe Congrès des aliénistes et neu-

rologistes a rencontré un appui gouvernemental plus important encore que son aîné de 1903.

Nos travaux sont, d'ailleurs, de nature à intéresser les gouvernements: nos discussions et nos conclusions, basées sur des observations scientifiques, peuvent concourir, non seulement à guérir les maladies, mais à prévenir, dans la mesure du possible, les maux qui affligent les sociétés.

Nous nous flattons déjà que des lois de médecine sociales ont été promulgées dans différents pays. Et la Blelgique aura précédé bien d'autres nations dans cette voie!

L'année passée, à Nantes, plusieurs d'entre nous présentaient un vœu pour la suppression de l'absinthe en France.

Les travaux des neurologistes et des psychiâtres avaient depuis longtemps établi l'influence nocive de certaines boissons de composition complexe et fondé sur l'expérience clinique des conclusions indubitables.

Rien ne peut nous être plus agréable que ces déductions pratiques que la sagesse des gouvernements érige en lois sociales. Nous vous dirons bientôt jusqu'à quel point nous sommes désireux du bien que parfois nous pouvons faire.

Les sujets que nous traiterons cette année pourront, nous l'espérons, intéresser aussi les gouvernements : la maladie du sommeil, qui décime nos colonies, l'alcoolisme et la criminalité, deux plaies sociales qui dégradent nos pays, sont bien de nature à attirer l'attention des pouvoirs publics. Nous faisons des vœux sincères pour que ceux qui ont bien voulu nous seconder, puissent retirer de nos travaux des indications utiles.

Vous aussi, Monsieur le Ministre de France, vous avez bien voulu honorer de votre présence notre séance d'ouverture; vos compatriotes se réjouiront de votre présence et de vos paroles! Les Présidents pour la Belgique et pour la France vous remercient au nom des Congressistes de ces deux pays qui vous sont chers l'un et l'autre. Leur association d'aujourd'hui pour le travail en commun est aussi, vous le savez, une union où les sentiments d'estime et d'amitié ont une large part.

M. le Représentant du Ministre de l'Intérieur de France, votre excellent prédécesseur nous a accoutumé à une fidélité que nous avons pu apprécier pendant de longues années. Nous sommes heureux de vous retrouver parmi nous pour la troisième fois. L'attention que nous accorde le Gouvernement français et que marque votre présence, les services que vous pouvez nous rendre, l'empressement que vous avez fait paraître dans vos éloquents discours, votre esprit ouvert aux choses de la médecine, nous agréent complètement et vous méritez par là nos remerciements les plus sincères.

M. le Ministre de la Guerre de France est représenté, parmi nous, par des personnalités les plus marquantes de son département : M. le

Professeur Simonin et M. le Dr Binet Sanglé. Déjà à Nantes, nous avons pu apprécier combien la collaboration des médecins militaires pouvait nous être utile. Nous sommes heureux de constater que la participation de ces collègues à nos sessions nous est acquise définitivement.

M. le Ministre de la Marine de France a bien voulu déléguer à notre Congrès deux collègues distingués: M. le Dr Louis Bertrand, médecin général de première classe et M. le Dr Roux-Freissineng, médecin principal.

Nous vous prions, Messieurs et chers collègues, de transmettre à M. l'amiral de Boué l'expression de notre vive gratitude.

Nous sommes d'autant plus heureux de vous avoir parmi nous que c'est, pensons-nous, la première fois que votre Ministère se fait représenter à nos Congrès. Nous traiterons, cette année, des questions qui pourront vous intéresser; nous espérons faire de vous de fervents adeptes et vous rencontrer au prochain Congrès de Tunis.

MM. Béco et Delvaux de Fanffe, Gouverneurs du Brabant et de Liége, ont bien voulu faire partie de notre bureau d'honneur; nous leur en exprimons tous nos remerciements.

Nous ne pouvons oublier que M. Béco fut, en 1903, l'âme de notre Congrès; en sa qualité de secrétaire général du Ministre de l'Intérieur, il fut notre interprête autorisé auprès du Gouvernement et permit la réalisation de nos projets.

M. Delvaux de Fenffe, digne successeur de M. Pethy de Thozée, fondateur de la colonie de Lierneux, ne s'intéresse pas moins que son prédécesseur aux questions médico-sociales. M. le Gouverneur de Liége ne s'est pas contenté d'occuper une place honorifique dans notre Comité: il s'est encore fait inscrire comme membre adhérent de notre Congrès, désirant en suivre de près les travaux.

Notre XXe Congrès est réuni aujourd'hui dans ce magnifique hôtel historique, grâce à l'amabilité de l'Administration communale de Bruxelles qui incarne si bien le renom d'hospitalité attribué, à juste titre, à cette belle ville. Nous remercions bien vivement M. le Bourgmestre, le Collège et le Conseil communal qui nous offrent un local aussi parfait et qui veulent bien nous inviter à un raout dans les remarquables salons de l'Hôtel de Ville.

Nous adressons aussi nos remerciements les plus chaleureux à M. Kleyer, Bourgmestre de Liége, qui nous recevra bientôt dans sa pittoresque cité. A Liége, comme à Bruxelles, comme partout du reste, nous avons rencontré l'accueil le plus flatteur. M. Kleyer, avec son amabilité bien connue, a bien voulu s'occuper personnellement de l'organisation de nos journées liégeoises. Grâce au Bourgmestre et à l'Administration communale, nous terminerons nos travaux scientifiques par une fête à l'Hôtel de Ville de Liége.

Ces encouragements multiples, ces nombreuses marques de sym-

pathie que nous recevons de toutes parts, font croître le zèle que nous déployons, depuis aujoud'hui vingt ans, dans les villes de France, de Suisse, de Belgique.

Nous voudrions contribuer à de nouveaux progrès par une connaissance plus approfondie par les efforts réunis des neurologistes et des psychiatres, convaincus qu'une *base scientifique est nécessaire,* non seulement pour assurer des guérisons, mais aussi pour prévenir les maux par des mesures d'assainissement, par des lois de préservation et de médecine sociales.

L'histoire nous démontre qu'en ces matières, les connaissances plus profondes en patholoIgie ont précédé les réformes utiles.

Si la grande œuvre de Pinel, dont le rayonnement fut partout, a eu quelques précurseurs, leurs réformes bienfaisantes n'ont pu s'appuyer que sur les observations scientifiques qui contrastaient avec les idées acceptées de leur temps.

Ainsi, d'après les recherches récentes de Mongeri, Antonio Guain erio,professeur à Pavie au XV[e] siècle, de même que Weyer, de même que Paolo Zacchia au XVI[e] siècle, combattant les préjugés et les erreurs les plus regrettables, ont tout d'abord fait rentrer les manifestations de l'hystérie et de la folie dans le domaine de la pathologie.

De là, ce n'est point douteux, leurs raisons premières d'opposer un traitement médical à des mesures de contrainte.

Plus tard, au XVIII[e] siècle, le même principe est à l'origine de la réforme que Daquin tente en Savoie, que Chiarugi effectue en Toscane.

Ce même réformateur, qui, dès 1788, transforme l'Asile de Saint-Boniface en un hospice pour le traitement des malades, ne nous a-t-il pas laissé un *Traité de la Folie,* ouvrage peu connu, mais remarquable pour l'époque où il fut écrit, dans lequel il relate 59 autopsies de maladies mentales où les lésions anatomiques figurent en regard des désordres intellectuels?

Quel éloquent plaidoyer n'est-ce là en faveur de l'hospice remplaçant l'asile, de la thérapeutique substituée à la force!

Et Pinel lui-même, n'est-ce pas comme nosographe, autant que comme philantrophe, qu'il reconnaît les symptômes de la maladie sous les chaînes que porte l'être dangereux et malfaisant; qu'ensuite il assigne un autre mode de traitement aux maladies accidentelles ou intercurrentes que la pathologie sépare; et qu'enfin, classant l'épilepsie comme étant nosologiquement distincte, il établit que les malades de ce genre seront soignés dans des locaux à part?

Ce sont encore des principes de pathologie qui dans la suite inspirent les successeurs de Pinel.

En France, Esquirol, enseignant les architectes et après lui Parchappe; en Belgique, Guislain, dont la mémoire est justement vivante parmi nous; en Hollande, Schöder van der Kolk; en Alle-

magne et en Autriche, Langermann; en Angleterre, William Tuke; en Suède, Sondeen ;en Turquie, Mongeri Senior; etc. etc.

Enfin, à notre époque, ne sont-ce pas encore des distinctions cliniques très délicates qui peuvent justifier pleinement l'extension qu'a prise l'assistance familiale et dont le modèle, déjà séculaire, est la colonie de Gheel.

Certes, nous savons ce qu'il faut de temps, de patience, de bonne volonté pour accroître tout d'abord nos connaissances, et ensuite faire admettre des institutions nouvelles dans l'ordre de la pratique.

Qu'il en a fallu du temps, pour ne parler que des progrès réalisés en ce pays, jusqu'à l'année 1803, où M. de Pontecoulant a pu écrire en parlant d'un passé qui n'était pas encore bien loin : « Les insensés étaient autrefois entassés à Bruxelles, dans un local étroit et malsain, dont les incommodités suffisaient à rendre incurables les maladies y amenaient. »

Et puis pour arriver, un siècle plus tard, à l'état actuel.

Mais nous ne pouvons plus nous contenter de ces progrès.

Disons-le fermement : nous voulons être entendus dans le domaine des connaissances qui sont les nôtres.

L'augmentation du nombre des maladies nerveuses, prises dans le sens le plus général, les causes sociales qui sont à l'origine de plusieurs de ces maladies, nécessitent de plus en plus nos relations plus étroites avec les hommes qui sont chargés des lois sanitaires. L'accueil si empressé que nous font les villes; le concours des gouvernements et des pouvoirs publics et en particulier ceux que nous recevons aujourd'hui du Roi, du Gouvernement de Belgique, des Villes de Bruxelles et de Liége, et dont nous sommes vivement touchés, nous apparaissent comme un gage précieux en ce qu'ils nous donnent l'espoir que de réels progrès seront bientôt les fruits des travaux que nous poursuivons avec ardeur.

Messieurs et chers Collègues,

Le succès de notre dernier Congrès en Belgique est resté parmi nos meilleurs souvenirs, de sorte que la ville de Bruxelles est très justement la première, parmi toutes celles que nous avons successivement fréquentées, où nous aurons tenu deux sessions.

Nous avons eu, et nous avons encore cette fois-ci, une collaboration de la part de nos Collègues de Belgique à laquelle nous ne sommes point habitués à ce degré.

Nous sommes heureux de constater qu'un nombre reltaivement élevé de savants de plusieurs autres pays participent à notre réunion.

Nous remercions ces nouveaux adhérents de venir à nous et nous espérons qu'ils deviendront des collaborateurs réguliers.

Nos rapports et nos rapporteurs sont aujourd'hui en nombre double de ce qu'ils sont d'habitude et c'est dans deux grandes villes que nous auront à discuter ces intéressantes questions.

Tout cela nous fait prévoir, pour le XXe Congrès, un succès au moins égal à celui qui couronna la mémorable réunion de Bruxelles en 1903.

Nous voudrions que nos Congrès annuels fussent habituellement composé de cette même façon. N'est-il pas vrai de dire que nos Collègues de Belgique, de Suisse, de Roumanie, de Russie, nous laissent souvent croire que notre Congrès est une réunion de savants français plutôt que de pays de langue française.

Et ce regret que nous exprimons s'adresse plus particulièrement à nos Collègues de Belgique et de Suisse, si nombreux, si voisins du pays de France, si capables de fournir matière scientifique à nos rapports et à nos discussions.

Nous voudrions que la ville de Bruxelles fut l'occasion d'une réunion plus étroite entre les savants des pays de langue française et de nous revoir chaque année en pareil nombre.

Nous comptons, pour y arriver, sur les liens de confraternité qui naîtront sans doute de l'empressement de tant de médecins français à venir à Bruxelles, de tant de médecin de Belgique venant seconder leurs efforts.

Voilà le vœu que forment vos deux Présidents et par lequel se trouverait pleinement réalisée la pensée de nos fondateurs, dont l'une des inspirations les plus heureuses fut de réunir en une même société, des savants de pays divers, parlant la même langue.

En vous remerciant encore, de l'honneur que vous nous avez fait en nous désignant tous deux comme Présidents, nous pouvons ajouter que cette collaboration, que les circonstances ont rendue inégale et diverse pour chacun de nous, fut un agrément et une force dans les fonctions que nous remplissonsl; comme si les bonnes et les utiles relations qui unissent les savants de nos deux pays avaient présidé aux fonctions administratives de vos présidents.

Nous aurions voulu traiter devant vous, dès ce matin, un sujet scientifique, mais ici, la nécessité de prendre la parole séparément, eut prolongé notre séance d'ouverture au delà des limites du temps dont nous disposons.

Nous préférons donc vous faire nos communications résumées aux séances générales, ce qui nous permet de vous convier maintenant à la visite de l'Hôtel de Ville qui doit forcément rentrer dans le progromme de cette matinée.

Dr Crocq. Dr Klippel.

Après la séance d'ouverture, les congressistes visitèrent l'Hôtel de Ville de Bruxelles.

TRAVAUX ORIGINAUX

La crise excito-motrice de l'alcoolisme aigu devant la justice militaire (1)

par S. SIMONIN

Médecin principal de l'armée française
Professeur de médecine légale au Val-de-Grâce

L'ivresse, *dans sa forme commune*, intéresse peu la médecine légale, car la loi n'admet pas, en principe, qu'elle puisse être invoquée comme excuse, et l'expert médical ne peut, en conséquence, ouvrir aucune discussion à ce sujet.

Il n'en est pas toujours de même quand l'ivresse se présente sous *des formes anormales*, dont il existe plusieurs types assez nettement caractérisés.

Ces manifestations variables paraissent, avant tout, relever d'abord de conditions inhérentes à la *constitution* même de chaque sujet et tenir, ensuite, à la *nature des produits* alcooliques ingérés.

Il est hors de doute que l'alcool est supporté très différemment suivant les individus. La dose qui produit à peine un effet appréciable chez tel sujet engendrera chez d'autres l'ivresse dans sa forme commune, ou l'une des variétés moins fréquentes de l'alcoolisme aigu : ivresse agressive et violente, ivresse excito-motrice, ivresse délirante.

D'une manière générale, la susceptibilité spéciale au poison alcoolique se rencontre chez presque tous les sujets dont les fonctions cérébrales présentent habituellement quelques défectuosités. Tels sont particulièrement les dégénérés héréditaires et les névrosés; qu'il s'agisse de neurasthéniques, d'hystériques ou d'épileptiques; les intoxiqués ou plus simplement encore les sujets porteurs de ce qu'on nomme actuellement le *caractère émotionnel*.

Il appert nettement, d'autre part, que la nature et la qualité des boissons ingérées sont capables de modifier largement les traits habituels de l'ivresse commune, qu'il s'agisse d'alcools industriels ou de liqueurs à essence, dont Laborde et Maignon, Cadéac et Meunier ont si amplement démontré l'action électivement pernicieuse sur le système nerveux.

Chacun connaît le tableau de l'ivresse commune, avec sa loquacité, son allure titubante, ses troubles émotifs qui font la joie du

(1) Communication faite au XXe Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes Bruxelles-Liège, 1-7 août 1910.

populaire et se traduisent, selon les caractères, par gaieté expansive, une affectivité exagérée ou une tristesse bruyante. Au point de vue militaire, il s'agit là d'une faute considérée plutôt comme vénielle, si elle ne répète pas d'une façon habituelle. Elle relève de la simple *répression disciplinaire*.

Il en va tout autrement quand l'ivresse revêt la forme de l'accès agressif et violent ou encore celle de la crise excito-motrice. L'alcoolisme aigu, sous ces deux aspects sensationnels, qui fréquemment se succèdent chez le même sujet, à un court intervalle, expose les malheureux intoxiqués à commettre les délits ou même les crimes militaires les plus répréhensibles, ceux que le Code de justice militaire punit avec la dernière rigueur.

Dans l'ivresse agressive et violente, le sujet, sombre et taciturne, est devenu querelleur. Pour un motif futile, une observation banale, il prend en haine quelqu'un de son entourage et cherche à le frapper. Le plus souvent même ce n'est pas au hasard que cet ivrogne choisira le sujet qu'il va atteindre d'un bras assuré, et auquel l'alcool n'a rien enlevé de sa force et de sa précision. Il élit comme victime une personne contre laquelle il a un grief quelconque et que de sangfroid il trouvrait futile et absurde; il en résulte, comme l'a fait remarquer le professeur Thoinot, que le délit ou le crime va sembler nettement prémédité et uniquement motivé par la passion, alors que presque c'est sous l'influence de l'intoxication éthylique que l'idée de l'attentat a germé, pour la première fois, dans l'esprit qui, privé à cet instant du contrôle du jugement et de l'action frénatrice de la volonté, accepte cette brusque suggestion et va immédiatement la traduire par un acte violent.

A un degré plus élevé, et comme suite à la forme précédente ou même encore d'emblée, on peut voir se dérouler le tableau impressionnant de l'ivresse excito-motrice, telle que l'a si parfaitement décrite Paul Garnier. Ici les effets de l'alcool paraissent se concentrer, avant tout, sur les cellules motrices du cerveau. Une sorte de rage aveugle pousse l'intoxiqué à frapper, à détruire, parfois sans motif et sans prétexte, tout ce qui s'offre à sa vue. Colère aveugle, rage destructive, énergie musculaire décuplée, s'ajoutent à des cris rauques, des rugissements, des sons à peine articulés, des jurons et des blasphèmes. Les actes et les paroles témoignent du même désordre convulsif, qui ne dure pas longtemps en général. L'accès décroît, se ralentit, puis aboutit ordinairement *à un sommeil profond et prolongé*. Au réveil, l'alcoolique n'a plus qu'un souvenir confus, très incomplet ou même nul des paroxysmes qu'il a subis, et au cours desquels il aura été à peu près complètement inconscient.

On ne pourra manquer d'être frappé, si on veut bien lire les observations cliniques annexés à ce travail, de constater qu'on retrouve

dans l'histoire de nos malades la fidèle description des troubles que nous venons de décrire.

Il suffit d'arrêter un instant son attention sur les deux formes de l'accès d'alcoolisme aigu pour se figurer aisément quels vont être les conflits des intoxiqués avec la discipline et la justice militaires. Outrages ou menaces par paroles et par gestes; voies de fait envers les supérieurs, en dehors ou à l'occasion du service; destruction ou bris volontaire des objets de casernement ou d'habillement appartenant à l'Etat; voilà les délits habituels que provoque l'alcoolisme aigu agressif ou excito-moteur, survenant en milieu militaire.

Aux termes mêmes des articles du Code de justice militaire, les sanctions pénales, prévues, sinon régulièrement appliquées, pour de telles fautes, s'échelonnent suivant les cas: de deux mois à cinq ans de prison, de deux à dix ans de travaux publics; enfin la mort, avec ou sans dégradation militaire préalable, est la sanction que comporte, en particulier le crime de voies de fait envers les supérieurs.

Devant une législation aussi draconienne, on conçoit, sans peine, que l'avocat défenseur, conseiller légal du prévenu, au cours de l'instruction, soulève, presque invariablement, la question d'irresponsabilité, pour peu que dans l'histoire de son client ou des faits qui l'amènent devant la justice militaire, il y ait place au soupçon de dégénérescence mentale ou d'anomalie psychique à un degré quelconque.

Empressons-nous d'ajouter que l'autorité militaire et plus spécialement le rapporteur du Conseil de guerre chargé de l'instruction, s'empressent de déférer à ce désir et provoquent l'expertise médico-légale officielle, pour laquelle toutes facilités de lien et de temps sont accordées à l'expert médical dont la conscience peut et doit s'éclairer de la communication de toutes les pièces ou interrogatoires qu'il jugera nécessaires.

A l'expert médical du Conseil de guerre va donc incomber la lourde mission de dire si, chez l'inculpé, l'ivresse qui est à la base du délit ou du crime, est le fait d'une véritable impulsion à ce point irrésistible et morbide qu'elle entraîne l'affirmation de dégénérescence grave et l'irresponsabilité complète du sujet.

Il ne faut pas se dissimuler que cette déclaration d'irresponsabilité entraînera tout naturellement une autre conséquence beaucoup plus sérieuse, celle du rejet définitif du prévenu des rangs de l'armée. Le jury ne saurait, en effet, concevoir qu'on laisse entre les mains d'un inconscient des armes dont il pourrait à un moment donné faire le plus regrettable usage.

L'expert médical, s'il n'est pas familiarisé avec les divers aspects et les degrés si variés de la dégénérescence mentale, est naturellement porté, comme le grand public, dont les connaissances psychiâtriques sont fatalement rudimentaires, à associer d'une façon parfois

excessive les termes de dégénérescence et d'irresponsabilité, et à établir entre eux une sorte de corrélation étroite et presque irréductible.

Il y a là une grosse erreur, très préjudiciable aux intérêts de collectivité, qu'il s'agisse de la société en général ou plus spécialement de l'agglomération militaire.

Les dégénérés mentaux suivant leur degré, suivant la forme et la nature intime de leurs troubles intellectuels ou moraux peuvent se réclamer de tous les degrés de la responsabilité, et l'équation par trop simpliste entre les deux termes dégénérescence et irresponsabilité n'a aucune raison valable d'être maintenue, dans tous les cas.

En conséquence, la question, en apparence si simple, posée à l'expert d'affirmer ou non l'existence de la dégénérescence ne saurait trancher le fait de responsabilité ou d'irresponsabilité et reste impuissante à faire conclure à la nature morbide de l'ivresse initiale qui a débauché, comme conséquence inattendue, l'accès agressif et excito-moteur avec actes ou délictueux ou criminels.

En fait, nous considérons comme très complexe la solution du problème, car même dans le cas très fréquemment observé où le prévenu paraît nettement responsable *de son ivresse* qui résulte d'un simple penchant à boire, c'est-à-dire d'une passion ou d'un vice, se rattachant ou non à la dégénérescence, il reste à envisager la question sous une autre face, c'est-à-dire à déterminer pourquoi l'intoxication éthylique, aussi voulue et librement consentie qu'elle ait été à son début, a revêtu la forme spéciale de l'agression et de la violence, sans lesquelles le Code militaire n'aurait pas eu à intervenir.

En d'autres termes, il faut rechercher la cause qui a fait de l'ivrogne un délinquant ou un criminel, il faut se demander pourquoi l'alcool rend tel sujet gai, tel autre morose, celui-là enfin violent et dangereux ? Quand l'intoxication est réalisée et l'ivresse venue, l'alcoolique *subit à n'en pas douter et sans pouvoir les diriger ou les maîtriser* les divers modes de réaction motrice ou intellectuelle, qu'il s'agisse du poison éthyle ou du toxique essence.

L'expert manquerait donc à son devoir, à notre avis, si, se bornant à considérer avec la loi que l'ivresse ordinaire ne peut être invoquée comme excuse, il ne s'appliquait pas à déterminer subsidiairement la raison de la forme spécialement violente de tel ou tel accès alcoolique.

Il trouvera parfois, dans cette étude, des raisons suffisantes pour enlever, tout au moins la question d'atténuation de la responsabilité, spécialement quand il s'agit, pour le prévenu, d'une première incartade, alors que son expérience personnelle ne lui a pas encore appris les réactions spéciales et anormales que provoque chez lui le poison alcoolique.

Quelle est, en milieu militaire, la fréquence des réactions excito-motrices de l'alcoolisme aigu ?

La statistique suivante, empruntée à ma pratique médico-légale, peut contribuer à nous en donner une idée : sur 32 soldats délinquants alcooliques déférés à mon expertise, je relève les variétés suivantes :

Refus d'obéissance, menaces, outrages, voies de faits.	7 cas
Infractions disciplinaires simples	1 —
Abandon de poste	1 —
Absences illégales	5 —
Désertions	4 —
Insoumission	1 —
Vol	1 —
Delirium tremens	5 —
Troubles organiques	6 —
Fugue alléguée, mais simulée	1 —

Comme on le voit, l'alcoolisme agressif et excito-moteur entre dans ce total pour une proportion de 23.3 pour cent, c'est-à-dire de près d'un quart.

Quand nous aurons relaté en détail ces sept observations, il nous sera possible de chercher à déterminer les causes les plus fréquentes de ces formes d'alcoolisme aigu, violent et agressif.

Observation I. — Alcoolisme-absinthisme aigu : accès agressif et excito-moteur, au cours d'une sortie régulière du dimanche. Emotivité anormale naturelle du caractère et irascibilité. Penchant à boire. Fièvre typhoïde grave à 17 ans ; traumatisme temporal droit à 18 ans. Stigmates physiques de dégénérescence.

H... (Eugène), 23 ans, employé de commerce.

Engagé volontaire pour quatre ans ; cavalier de 2e classe au 1er cuirassiers. 29 mois de service.

Prévenu de : « Ivresse manifeste et publique, outrages et voies de fait envers un supérieur, en dehors du service ». Article 223 du Code de justice militaire : 5 à 10 ans de travaux publics.

Circonstances du délit. Le 23 mars 1903, H..., en compagnie de deux brigadiers, commence des libations à la cantine du corps, puis les continue au dehors dans divers débits. Il boit du vin blanc, puis une série d'absinthes.

A dix heures du soir, les trois compagnons, manifestement ivres, titubaient et chantaient à tue-tête dans la rue Royale. Ils sont interpellés par un jeune officier en civil qui essaie de se faire reconnaître en montrant sa carte d'identité. Les brigadiers, plus maîtres d'eux-mêmes, continuent leur route ; mais le cavalier H... insulte grossièrement l'officier et le frappe. Le lieutenant décrit en ces termes l'attitude de H... : Il était dans un *état particulier de démence alcoolique* ; après m'avoir frappé et

fait tomber mon chapeau à terre, il s'acharnait à le piétiner en poussant de véritables hurlements. Il n'était nullement maître de lui, ne se rendant compte ni de ses grossièretés, ni de ses actes. »

L'officier ayant requis des agents pour le saisir, il renouvelle ses injures, ses grossièretés, puis il s'esquive pour vagabonder jusqu'à dix heures du soir.

Le lendemain H... affirme *qu'il ne se rappelle en aucune façon cette scène de violence prolongée, ni sa rentrée tardive au quartier.* Il manifeste les plus profonds regrets, affirme *qu'il perd régulièrement la mémoire quand il a bu.*

Antécédents personnels de l'inculpé. Vie civile. Il appartient à une famille de petits commerçants relativement aisés : il est le quatrième de dix enfants. Aucune tare mentale chez les ascendants ou les collatéraux. Considéré comme un excellent élève à l'école primaire. Il est placé à 14 ans chez un fabricant de dentelles où il donne toute satisfaction par son intelligence et son travail. A 17 ans, il contracte une *fièvre typhoïde grave* qui le maintient au lit pendant deux mois.

A 18 ans, se trouvant dans la rue, un jour de tempête, *une tuile,* détachée d'un toit, vient le frapper *dans la région temporale droite :* il perd connaissance pendant quelques instants : la plaie du cuir chevelu met environ six semaines à cicatriser.

Il dut rester alité pendant près de trois mois en raison de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, de dérobement par faiblesse des membres inférieurs.

Au régiment, il s'engage pour quatre années, avec l'espoir de s'assurer ultérieurement une situation civile.

Son intelligence et son instruction le font classer au peloton des élèves-brigadiers, mais il doit le quitter ultérieurement en raison de son peu d'aptitude à monter à cheval. Il se plaignait de vertiges, d'éblouissements qui lui occasionnèrent plusieurs chutes.

Considéré comme un médiocre cavalier, apathique et peu soigneux, il a été pourvu, dans la suite, des fonctions sédentaires de garde-magasin, il s'en acquitte correctement pendant 29 mois sans encourir de punitions.

Psychisme. H... possède une intelligence vive, il a de l'attention, de la mémoire, de l'imagination, du jugement et du raisonnement. Il a reçu une bonne instruction primaire, attestée par un certificat obtenu à l'âge de 12 ans ; l'instituteur le considérait comme un excellent élève, studieux et appliqué, obtenant généralement les premières places de la classe. Chez ses divers patrons, on se louait de son travail et de sa conduite.

A l'hôpital il se montre correct, soumis et respectueux, serviable et confiant. Il a des sentiments affectifs très prononcés et un sens moral très droit. Il affirme ses regrets avec sincérité, se préoccupe vivement de la peine que ses parents éprouveront à l'annonce de sa faute et de ses conséquences, qu'il a pris soin de leur cacher jusqu'alors, il lui arrive même de verser des larmes en songeant au déshonneur qu'une condamnation pourrait jeter sur lui et sur les siens.

Au point de vue des *penchants* il a *commis, à intervalles éloignés, quelques excès de boisson,* mais sans en faire une habitude, il supportait mal

les liquides alcooliques qui avaient le don de le surexciter rapidement. De caractère nerveux et irritable, surtout depuis sa fièvre typhoïde, si on l'en croit, il avait avec ses frères et sœur de fréquentes discussions.

A la caserne, il fut puni pour avoir brutalisé un camarade, au cours d'une discussion, engendrée par un motif futile; il a encouru également une autre punition pour une réclamation non fondée, adressée au gouverneur de Paris, en dehors de la voie hiérarchique.

Etat somatique. Taille élevée (1m82), musculature peu développée, figure imberbe et juvénile; crâne oxycéphale; asymétrie faciale par hémiatrophie droite; voûte palatine creuse, en ogive profonde; lobules adhérents et peu dessinés : tels sont les stigmates de dégénérescence physique qu'on peut relever.

On note encore un léger tremblement vibratoire menu des mains étendues, puis une cicatrice cutanée blanche, glabre, non adhérente aux parties profondes, située dans la région temporale droite, à deux travers de doigt au dessus et en avant du tragus, c'est le reliquat du traumatisme déjà relaté, qui fut suivi d'une commotion assez violente.

L'examen des divers organes et des fonctions ne révèle aucune altération, aucun trouble appréciable.

Conclusions médico-légales. Le prévenu n'est atteint d'aucun trouble de l'intelligence, d'aucune lésion du système nerveux en général. L'impressionnabilité du caractère, qu'il allègue comme excuse, paraît incontestable; il a une émotivité exagérée telle qu'on la rencontre chez les jeunes adolescents dont le développement physique et moral n'est pas complètement achevé; il est d'ailleurs possible que la fièvre typhoïde grave et la commotion cérébrale traumatique subies par le prévenu à 17 et 18 ans, aient contribué à augmenter cette irritabilité native.

En ce qui concerne le fait même qui amène le prévenu devant le conseil, il paraît équitable de distinguer le fait d'ivresse lui-même, qui n'est pas excusable, de l'accès excito-moteur qui l'a suivi et qui a été la conséquence à la fois : de la nature du poison ingéré; de l'émotivité anormale du sujet et l'intervention intempestive de l'officier. Les caractères de violence insolite de cet accès ont vivement frappé l'officier lui-même. Cet acte de sauvage rébellion ne comporte pour le prévenu *qu'une responsabilité limitée*, car il n'est, en aucune façon, le reflet du caractère habituel du prévenu, ni du milieu honnête dans lequel il a été élevé.

Sanction prononcée : un an de prison.

OBSERVATION II. — Alcoolisme aigu; accès agressif, au cours d'une marche fatigante par un temps chaud. Puérilité mentale. Crises hystériformes antérieures. Fièvre typhoïde d'intensité moyenne, à 15 ans.

M... (Henri), 20 ans, boulanger.

Engagé volontaire pour quatre ans; soldat de 2e classe au 2 e régiment d'infanterie (8 mois de service).

Prévenu de : « Outrages par paroles, gestes et menaces, à l'occasion du service, envers ses supérieurs. » Article 224 du Code de justice militaire (5 à 10 ans de travaux publics).

Circonstances du délit. Après une marche par une journée chaude,

M..., qui faisait partie du campement, exécute une série de corvées au cours desquelles il commence à boire du vin et des apéritifs et se fait d'abord remarquer par des étourderies sans conséquences. Cette excitation factice due, à la fois, à la fatigue et à l'alcool, augmente progressivement et l'amène, par une sorte de fanfaronnade, à injurier une série de sous-officiers; son énervement s'augmente du peu de fermeté qu'il rencontre de la part de ces derniers. Il s'enhardit alors jusqu'à menacer par gestes un sergent qui l'avait antérieurement puni, puis toute son audace s'affaisse quand on se décide enfin à prendre, contre lui, des mesures répressives énergiques : il se met à pleurer comme un enfant et à se repentir. Pendant toute cette scène son ivresse n'a pas semblé totale. Il ne titubait pas; mais il parut, à tous les témoins, hors de lui et très surexcité. Il a conservé assez de sang-froid pour borner ses menaces à des paroles et à des gestes. Néanmoins *il affirme ne plus se rappeler les détails de son ivresse* depuis le moment où il aurait invectivé les sous-officiers.

Antécédents du prévenu dans la vie civile. M... appartient à une famille de petits commerçants très honorés et jouissant d'une modique aisance. Son père, atteint d'une affection cardiaque, a succombé à l'âge de 65 ans à un ramollissement cérébral d'origine embolique; sa mère, âgée de 60 ans, est bien portante et saine d'esprit. Il a un frère âgé de 15 ans, qui jouit d'une parfaite santé. Pas d'antécédents mentaux ou névrosiques appréciables dans la famille. Employé dans une boulangerie depuis l'âge de 10 ans, il travaille régulièrement et mène une conduite régulière, *néanmoins il se laisse, de temps à autre, entraîner à boire, rarement seul, le plus souvent en compagnie* et cependant il sait que le vin, l'alcool et les spiritueux provoquent rapidement chez lui une ivresse agressive « *et lui font perdre la tête* ».

Antécédents dans la vie militaire. Admis au peloton des élèves caporaux, dès son arrivée, en raison de sa bonne instruction; il n'a jamais été classé, à cause de son peu d'application, de sa légèreté. Ces défauts se retrouvent dans les motifs de punitions qu'il a déjà encourues; il s'esquive fréquemment les corvées, rentre en retard au quartier, boit seul ou en compagnie de femmes galantes, puis après chaque nouvelle incartade, se dit plein de repentir, prend de bonnes résolutions; honteux de sa conduite qui l'a mal posé dans son régiment il demande à changer de corps, et ne cache pas son dégoût pour la vie militaire.

Psychisme. L'air éveillé, l'esprit attentif, M... répond bien à toutes les questions qu'on lui pose. Il s'exprime avec clarté, précise nettement les renseignements qui lui sont demandés. Il a reçu une instruction primaire assez complète. A l'école jusqu'à l'âge de 14 ans, il s'y montra un peu étourdi; mais assez studieux cependant pour obtenir à la fin de ses classes le certificat d'études.

Ses sentiments affectifs sont très développés; il a une profonde tendresse pour sa mère, dont il ne peut entendre parler sans avoir les larmes aux yeux. Il aime la société et entretient avec ses égaux des rapports de bonne camaraderie.

Il rend volontiers service à ses voisins, et exécute sans murmurer les menues corvées qu'on exige de lui.

Il ne se pose ni en victime ni en persécuté et n'a pas gardé d'animosité contre le sous-officier qui le fit arrêter.

Il ne paraît hanté d'aucune idée fixe, d'aucune préoccupation ou obsession spéciale; ses nuits sont calmes sans rêves particuliers.

Il paraît éprouver un regret sincère de son incartade, basé à la fois sur la crainte d'une punition sévère et sur la perspective du déshonneur qui rejaillira sur sa famille, dans le cas d'une condamnation.

Etat somatique. Enfance sans incidents, ni convulsions, ni traumatismes. A l'âge de 10 ans, pleurésie séro-fibrineuse, à l'âge de 15 ans, fièvre typhoïde de moyenne intensité, sans suites appréciables.

L'examen ne décèle aucun stigmate physique de dégénérescence; aucune lésion organique, aucun trouble fonctionnel appréciable, en dehors d'un léger tremblement vibratoire des mains étendues dans la position du serment et de quelques zonas segmentaires d'anesthésie cutanée.

A l'âge de 17 ans, il aurait eu plusieurs crises convulsives hystériformes, que le Dr Voisin, de la Salpêtrière, traita par la suggestion simple.

Conclusions médico-légales. Caractère léger, étourdi; paresseux et sensuel, prompt à l'entraînement comme au repentir; ayant un penchant assez marqué pour la boisson, M... nous semble pouvoir être qualifié de puéril mental; il a, d'autre part, quelques stigmates de névrose, à laquelle on peut attribuer son émotivité facile, c'est en cela que sa responsabilité nous paraît *légèrement atténuée.* Etant donnée l'existence de ces stigmates névropathiques, il n'est point surprenant qu'une dose d'alcool même faible, produise chez lui une excitation anormale, dont il ne peut ni prévoir, ni modérer l'intensité.

Il mérite donc plutôt la sérieuse correction qu'on donne à un enfant léger et inconséquent, que la répression sévère que l'on devrait infliger à un homme fait, complètement responsable.

Pénalité prononcée par le Conseil de guerre : deux ans de prison.

A été gracié du restant de sa peine, au bout d'une année, en mai 1902, en raison de sa bonne conduite au cours de sa détention.

OBSERVATION III. — Alcoolisme aigu, accès agressif et excito-moteur, au retour d'une absence illégale de quatre jours et d'un voyage fatigant. Emotivité habituelle anormale : crises de colère et violences, insubordination. Deux atteintes de chorée à 11 et 13 ans. Onanisme quotidien de 12 à 16 ans. Sobriété habituelle.

S... (Louis), 19 ans, serrurier.

Engagé volontaire pour trois ans, sapeur de 2e classe au 5e régiment de génie; quatorze mois de service.

Prévenu de : Voies de fait et outrages par paroles, gestes et menaces, envers des supérieurs pendant le service; d'incendie volontaire d'un bâtiment militaire.

Code de justice militaire : art. 223, *mort;* art. 224, 5 à 10 ans de travaux publics; art. 251, mort avec dégradation militaire.

Circonstances des délits et des actes criminels. Le 1er février 1900,

S... avait demandé une permission pour aller dans sa famille, elle lui fut refusée.

Le 20 février il part sans permission d'une façon illégale, se rend chez ses parents et rentre spontanément au corps dans la soirée du 24 février.

Il avait fait un voyage fatigant et d'assez copieuses libations; on remarque sa surexcitation à sa rentrée à la caserne. Le sergent-major constate sa tenue irrégulière et donne l'ordre au caporal de semaine de le conduire en prison.

Sous l'influence de la contrariété, l'accès violent commence; S... refuse d'obéir, insulte le caporal et le sergent-major qui l'a rejoint, lui arrache sa baïonnette et cherche à l'effrayer sans le frapper. On le maîtrise, il se débat, frappe violemment un caporal. On réussit à l'enfermer à la salle de police.

L'accès excito-moteur continue la scène; hors de lui, il met le feu à la literie, on le retire à demi-asphyxié : on le porte à l'infirmerie et il manifeste le regret de n'avoir pas tué le sergent.

Pendant toute cette scène, il raisonne admirablement, il reconnaît chacune des personnes qu'il invective, il trouve des injures appropriées aux diverses phases de la lutte, aux gradés et à leurs fonctions.

Le lendemain, *il affirme qu'il a perdu tout souvenir de ses faits et gestes,* à partir du moment où il a cherché à fuir le caporal qui voulait l'appréhender.

Les témoins de la scène assurent qu'à son arrivée au casernement, l'inculpé ne titubait pas : il avait simplement l'air surexcité; mais ne se trouvait pas dans un état d'ivresse manifeste. Lui-même insiste sur ce fait qu'il avait peu bu, mais que la fatigue du voyage aidant, il avait été surpris par la boisson. *Il n'a jamais encouru de punitions pour ivresse.*

Antécédents personnels de l'inculpé. Vie civile et militaire. Les enquêtes de notoriété et les témoignages militaires s'accordent à le représenter comme un *caractère violent et emporté,* extrêmement irritable, ne pouvant tolérer aucune observation; mais il est tenu *pour sobre* par tous ceux qui l'ont approché avant comme après son incorporation. A l'âge de onze ans, il fut atteint de *chorée classique,* qui dura une année; l'affection récidiva au début de la treizième année, puis guérit d'une façon définitive. De 12 à 16 ans, masturbation quotidienne, cette habitude disparaît avec les premiers rapports sexuels : à partir de ce moment l'instinct génital se règle normalement, sans donner lieu à des excès. Au cours de sa treizième année, de simples contrariétés provoquent chez lui des crises de colère violente, dont les mobiles furent, dans un cas, une simple observation du maître d'école; dans le second, un échec à l'examen du certificat d'études. Il était pâle, défait, incohérent, en proie à une agitation violente, secoué par des sanglots convulsifs.

Fils d'un employé de chemin de fer, sobre et honnête, il a quitté sa famille à l'âge de 15 ans, il est mis en apprentissage chez un serrurier et continue à ne pouvoir tolérer la moindre observation.

Au régiment. On le considère comme un caractère très difficile, incapable de se plier à la discipline. Il murmure contre les ordres reçus, invective les caporaux, se bat avec ses camarades, c'est un insubordonné, un

violent. Il déclare lui-même que le métier militaire n'est pas son fait; il n'apporte aucun zèle à en remplir les obligations; il est paresseux et malpropre, ses vêtements et ses armes sont mal entretenus.

Psychisme. Les facultés intellectuelles et morales ne sont point troublées : l'instruction acquise témoigne d'un niveau mental moyen : le sujet a obtenu son certificat d'études à l'âge de 15 ans. La sensibilité, l'imagination l'emportent sur le jugement et la volonté. Le sens moral n'est pas dévié. Caractère vaniteux, irascible. Facies intelligent.

Etat somatique. Absence totale de stigmates psychiques de dégénérescence. Constitution vigoureuse, aucune maladie infectieuse dans l'enfance; la puberté, l'adolescence : pas de névrose confirmée en dehors de la chorée. Absence de tares nerveuses chez les ascendents directs et les collatéraux. Aucune lésion organique; aucun trouble fonctionnel.

Hypermétropie binoculaire de 3 dioptries 50.

Conclusions médico-légales. Le nommé S... n'est atteint d'aucune affection physique ou mentale, capable de le faire considérer comme un dégénéré irresponsable.

Par l'ensemble de son développement intellectuel et moral, il se rapproche davantage de l'enfant que de l'homme fait. Il est naturellement pourvu d'une émotivité exagérée, qu'il n'arrive pas à maîtriser aisément : les accès de colère de sa puberté témoignent de cette irritabilité spéciale de son système nerveux que la chorée a pu exagérer.

En ce qui concerne les faits qui lui sont reprochés, ils paraissent le résultat d'une intoxication alcoolique aiguë, ayant exalté jusqu'au paroxysme la tendance naturelle de l'inculpé aux emportements irraisonnés. La fatigue générale, l'émotion morale éprouvée au retour, ont contribué autant que le léger excès d'alcool à produire l'accès agressif et excito-moteur.

Il s'agit d'un violent qu'une excitation passagère et inaccoutumée a failli transformer en meurtrier; mais on a nettement l'impression qu'il n'y a eu aucune tentative préméditée.

La responsabilité paraît devoir être considérée comme réellement atténuée si on considère, d'autre part, le jeune âge du prévenu.

Sanction prononcée par le conseil de guerre : Huit ans de travaux publics!!!

Observation IV. — Alcoolisme aigu : accès agressif et excito-moteur, au retour d'une sortie normale du soir.

Caractère habituellement irritable et vindicatif : scènes de violences antérieures. Sobriété reconnue. Absence de stigmates physiques de dégénérescence. Père alcoolique éthylique suicidé par immersion. A un frère violent et brutal.

B... (Joseph), âgé de 19 ans, plombier.

Engagé volontaire pour quatre ans ans au 1er régiment de génie (aérostiers), 15 mois de service, mis en observation par le corps.

Prévenu de : « Outrages par gestes et menaces envers un supérieur à l'occasion du service. »

Code de justice militaire. Art. 224 : 5 à 10 ans de travaux publics.

Circonstances du délit. Le 10 décembre 1902, B... rentre au quartier, le soir, dans un état d'ivresse manifeste, au moment de l'appel et déclare qu'il veut se suicider.

Le sergent de semaine ayant donné l'ordre de le saisir pour l'enfermer aux locaux disciplinaires, il tente de frapper ses camarades d'abord de son sabre-baïonnette, puis de son couteau. Il échappe à leurs mains, puis se jette sur l'étang de Chalais, à ce moment profondément congelé; on réussit à le saisir et à l'enfermer dans les locaux disciplinaires.

Le *lendemain il n'a aucun souvenir* de la scène de la veille.

Vingt et un jours après, le 5 janvier, il rentre au casernement, un peu avant l'appel du soir paraissant un peu pris de boisson. Le caporal de chambrée lui prescrit de se tenir au pied de son lit, pour l'appel. Il obéit, puis, un instant après, déclare qu'il veut tuer le caporal pour l'empêcher de le signaler comme ivrogne et parce qu'il l'avait consigné quelque temps auparavant. Il se saisit d'une baïonnette et tente de se précipiter sur le caporal, on le désarme; on le conduit à la salle de police : il se débat et essaie de battre les hommes qui l'entraînent.

Interrogé le lendemain, il déclare n'avoir que des souvenirs très confus et prétend qu'il est sujet à des crises de colère nerveuse, en dehors même de tout excès alcoolique, qui le mettent, malgré lui, dans un état d'agitation extrême. Il affirme qu'il n'en voulait pas au caporal qu'il a essayé de frapper.

Antécédents de l'inculpé. Le père de B... était un *alcoolique éthylique* notoire: *il s'est noyé volontairement,* après avoir déjà fait plusieurs tentatives du même genre. Un frère aîné âgé de 34 ans, présente également une grande irascibilité, au cours de ses accès de colère; il lui est arrivé de frapper sa mère, ses sœurs.

L'inculpé a toujours joui d'une santé parfaite. Dans ses antécédents on ne trouve aucune maladie infectieuse, aucun traumatisme cérébral, aucun stigmate d'hystérie ou d'épilepsie.

Il n'a pas eu la syphilis, fume sans excès et ne présente pas le moindre signe d'alcoolisme chronique.

Il accuse simplement, de temps à autre, quelques céphalées.

Psychisme. D'intelligence moyenne, de mémoire médiocre; B... fut jadis un écolier peu appliqué et n'obtint son certificat d'études qu'à l'âge de 14 ans.

Au moment de son apprentissage, il a essayé successivement de travailler chez un fabricant de bicyclettes, puis chez un plombier; mais il travaillait irrégulièrement, préférant aller flâner en ville.

Il s'engage à 18 ans, espérant trouver au régiment une vie moins monotone et aventureuse : il aurait voulu choisir l'infanterie coloniale pour voir du pays; mais sa mère s'y opposa.

Peu de temps après son arrivée au corps, il a été complètement dégoûté du métier militaire. « On y est beaucoup trop tenu, dit-il. »

Dans la vie civile, il n'a jamais pu supporter les remontrances de ses parents, de patrons; au régiment il ronge son frein. Il s'irrite aisément et entre dans de violentes colères; il lui est arrivé en pareille occasion de renverser la table ou de briser la vaisselle; quand il était dans sa famille,

sa sœur raconte qu'il avait de véritables accès de rage! Ce sont les observations, les reproches, qui provoquent invariablement sa colère.

A l'hôpital, il se montre respectueux et soumis, paraît très préoccupé du mauvais cas dans lequel il s'est mis, et s'occupe très activement de faire verser, à son dossier, par ses parents et connaissances, des attestations diverses de la réalité de ses crises de colère, espérant qu'on y trouvera une atténuation à ses fautes.

Etat somatique. Absence de stigmates physiques ou fonctionnels de dégénérescence.

Ozène peu prononcé par atrophie légère de la muqueuse pituitaire. Hypermétropie bilatérale peu accusée, avec acuité égale à 1/2.

Organes sains, grandes fonctions intactes.

Conclusions médico-légales. B... ne présente aucun symptôme pouvant faire songer à l'épilepsie, à l'alcoolisme chronique, à la dégénérescence accusée.

Les accès de colère sont provoqués chez lui par des contrariétés, des reproches, des punitions; les excès de boisson, même légers. Ils ne surviennent jamais sans motifs ou pour une raison futile, ils n'ont pas le caractère spontané des impulsions morbides, soudaines, inexpliquées, irrésistibles. Ils sont le résultat d'un caractère naturellement irritable, vindicatif, en même temps qu'ils traduisent un manque de volonté et d'empire sur lui-même.

En ce qui concerne les deux graves incidents survenus au régiment, il semble évident que les excès alcooliques légers ont exagéré et poussé jusqu'au paroxysme l'irascibilité naturelle du caractère de l'inculpé, lui enlevant pendant une des périodes de ses accès de violence la responsabilité entière d'actes délictueux, dont il n'a même pas conservé le souvenir.

Que ces défauts de caractère, paresse, irascibilité, esprit vindicatif relèvent jusqu'à un certain point de la tare héréditaire paternelle (alcoolisme et suicide), le fait est médicalement probable; l'éducation et la volonté semblent n'avoir pas réussi à modifier ses mauvais penchants naturels.

Il n'en reste pas moins certain que, dans les actes ordinaires de la vie et en dehors de l'état d'ivresse, B... conserve la pleine responsabilité de ses actes.

La seule atténuation légère qu'on puisse invoquer consiste dans la rapidité et l'intensité inaccoutumées des manifestations toxiques excito-motrices de l'alcool sur un caractère doué d'une émotivité anormale.

Sanction prononcée. Non lieu.

Punition disciplinaire à subir au corps (30 jours de prison).

Observation V. — Alcoolisme-absinthisme aigu : accès agressif et excito-moteur au retour d'une permission de la soirée. Emotivité anormale du caractère : irritabilité extrême : crises de colère et de violences antérieures. Habitudes alcooliques précoces. Fièvre typhoïde à 17 ans. Stigmates variés de dégénérescence et d'alcoolisme. Père alcoolique; oncle maternel aliéné.

F... (Alfred), 19 ans, sans profession.

Engagé volontaire dans la flotte à 16 ans, réformé pour amblyopie Engagé volontaire au 23e régiment de dragons.

Prévenu de : Voies de fait et outrages envers ses supérieurs, à l'occasion du service.

Code de justice militaire : Art. 223, mort.

Circonstances du délit. Le 25 décembre 1901, F... passe la soirée dans divers débits à boire de l'absinthe et du pippermint. Il rentre au quartier dans les délais normaux, très surexcité, sans être en état complet d'ivresse.

Il commence par brimer les jeunes soldats, de la chambrée, les frappant du poing, du fourreau de son sabre et de la hampe de sa lance, et prétend les obliger à se lever pour lui ôter ses bottes. Amené au corps de garde, et réprimandé par un brigadier, il paraît se rendre à ses justes observations ; mais, de retour dans la chambrée, il frappe à nouveau sur les lits, puis saute à la gorge d'un brigadier.

Entraîné au corps de garde, il invective grossièrement le sous-officier de service, puis arrivé aux locaux disciplinaires, il lance une cruche à la tête des hommes qui l'ont amené. Pendant cette longue scène de violence, F... conserve assez d'intelligence pour reconnaître les uns et les autres, les gradés en particulier, vis-à-vis desquels il se montre surtout agressif en actes et en paroles.

Le lendemain, F... affirme ne se souvenir d'aucun des faits qui se sont déroulés depuis sa rentrée dans la chambrée. Il manifeste le plus vif regret de ses actes d'indiscipline.

Antécédents familiaux et personnels de l'inculpé : vie civile. F... appartient à une famille de petits commerçants assez aisés. Le *père* a un tempérament nerveux, très irritable, *il se livre assez fréquemment à des excès alcooliques ;* la mère bien équilibrée jouit d'une parfaite santé. Un frère du prévenu a un caractère violent emporté ; une sœur est bien portante ; un *oncle maternel* se serait *suicidé à l'âge de 40 ans, après avoir perdu l'usage de ses facultés mentales.*

F... aurait eu une fièvre typhoïde de moyenne intensité à l'âge de 17 ans. Depuis plusieurs années il commet des abus d'absinthe, habitude contractée en Algérie où il est né. Sous l'influence de l'excitation alcoolique, il prend des colères folles, profère des menaces de mort, ou même se livre à des voies de fait.

A l'âge de 13 ans, son père le fait entrer à l'Ecole des mousses de Cette, où il se montre indiscipliné et se fait renvoyer dans sa famille au bout de deux ans.

Incorporé dans la marine de l'Etat en 1901, il est réformé au bout d'un an pour amblyopie : il avait subi une peine de prison pour rébellion.

Engagé pour quatre ans dans l'armée de terre, il est considéré, dès l'arrivée, comme un soldat des plus fâcheux, brutal, violent à l'excès, incorrigible, insensible aux reproches.

Psychisme. F... a toujours été irritable, violent et querelleur, ses parents l'affirment ainsi que ses voisins. Ses vivacités de caractère l'ont fait expulser du Lycée de Montpellier, après quelques mois : à la moindre

observation faite par ses parents il quittait la maison pour aller vagabonder dans la campagne. Son père essaya de s'en débarrasser d'abord en le plaçant à l'Ecole des mousses à Cette, puis en le faisant successivement s'engager dans la marine et les troupes métropolitaines.

Ses voisins affirment que, lorsqu'il est sous l'empire de la boisson, il ne paraît plus jouir de l'intégrité de ses facultés mentales; il se montre incohérent dans ses idées, ses paroles et ses actes.

Partout où il est passé, on le reconnaît doué d'intelligence, de mémoire, mais dépourvu d'application; il possède une bonne instruction primaire et manifeste des sentiments affectifs assez prononcés pour ses parents, sa mère en particulier. Instinct sexuel éveillé de bonne heure, pas d'abus ni de perversion.

Il reconnaît ses torts, les déplore, pleure même en songeant à leurs conséquences, et au déshonneur qui va en rejaillir sur sa famille. Il se montre très préoccupé de la punition qui l'attend; son sommeil, agité, est troublé de cauchemars, il se réveille baigné de sueur.

Etat somatique. Taille moyenne, constitution vigoureuse. Physionomie sans expression : front étroit, fuyant : yeux petits, bridés, sans éclat; secousses spasmodiques des orbiculaires : nystagmus horizontal habituel; mandibule lafge; lobules adhérents. Intégrité des grandes fonctions et des grands organes. La composition des urines ne se prête à aucune remarque. Amblyopie par astigmatisme hypermétropique.

Hyperesthésie intense, généralisée à tout le corps.

Exagération de tous les réflexes.

Tremblement vibratoire des mains étendues.

Conclusions médico-légales. Fils d'alcoolique nerveux et irritable, neveu d'aliéné suicidé; porteur de stigmates physiques fonctionnels et moraux de dégénérescence. F... a toujours témoigné d'une instabilité anormale du caractère; écolier, matelot ou soldat, il est partout indiscipliné et son état de déséquilibration nerveuse s'aggrave de bonne heure, par un alcoolisme-absinthisme précoce, qui se traduit par de véritables signes d'intoxication du côté du système nerveux, résultat de l'abus précoce des spiritueux.

C'est à ce double point de vue que sa responsabilité paraît réellement atténuée.

Sanction pénale prononcée par le Conseil. Acquittement.

Observation VI. — Alcoolisme aigu commis avec un caporal surveillant de corvée extérieure. Accès agressif et excito-moteur développé chez un alcoolique chronique, de caractère ordinairement taciturne et passif, sous l'influence d'une émotion morale vive. Père alcoolique invétéré. Pas de stigmates personnels de dégénérescence.

G... (Joseph), valet de ferme, terrassier, puis garçon marchand de vins, 22 ans.

Soldat de 2e classe, appelé, du 101e régiment d'infanterie. Quinze mois de service.

Prévenu de : « Voies de fait envers un supérieur pendant le service, destruction ou bris volontaire des effets de casernement ou d'habillement appartenant à l'Etat. »

Code de justice militaire. Art. 223, mort; art. 254, 2 à 5 ans de travaux publics.

Circonstances des délits. G... est commandé de corvée, au cours de l'après-midi, dans les fortifications du fort d'Issy. Ayant reçu de l'argent il invite quelques camarades *et le caporal* surveillant de la corvée, à boire dans une ginguette. On rentre au fort et les libations continuent à la cantine. A ce moment G... reçoit une dépêche lui annonçant la maladie grave de sa sœur : il veut sortir du fort sans permission; le caporal, avec lequel il s'est enivré, s'oppose à cette fantaisie et *le camarade se transforme en chef*, gardien du règlement. G... s'irrite, cherche à s'échapper : le caporal le saisit, et alors G..., en se débattant, envoie un violent coup de poing dans la figure du caporal. On le maîtrise, on l'enferme à la salle de police : il s'endort un instant, puis se réveillant au bruit d'une ronde, se livre à une scène de violence extrême, lacère ses effets, détruit ses souliers, arrache un volet de casemate, avec lequel il s'efforce de briser la porte de la prison. Enfin l'exaltation tombe, il s'endort, épuisé, et le *lendemain dit avoir oublié complètement les scènes de violence de la veille*, à partir du moment où il a reçu la mauvaise nouvelle, au sujet de laquelle il voulait sortir d'une façon illégale.

Antécédents du prévenu dans la vie civile. G... appartient à une famille ouvrière peu aisée. Le père, journalier, âgé de 65 ans, est un *ivrogne invétéré,* actuellement atteint de bronchite chronique; la mère ayant succombé jeune à une affection indéterminée, et la famille n'ayant plus, de ce fait, d'intérieur, G... a été confié à l'âge de 2 ans à un oncle paternel marié, ayant déjà trois enfants à sa charge. A l'âge de 12 ans G... a été placé comme valet de ferme et gagne ainsi sa vie jusqu'à 17 ans. A ce moment il commence à prendre des habitudes d'intempérance, consacrant à la table et à la boisson à peu près tout l'argent de son travail. Il boit régulièrement trois litres de vin par jour sans compter les petits verres et les absinthes. Ses excès de boisson le rendent bruyant et agressif, ce qui contraste avec son caractère ordinairement peu expansif. Néanmoins son casier judiciaire ne comporte aucune condamnation pour ivresse, tapage ou violences. Son intempérance l'amène à changer de maîtres et de profession : il prend un emploi de terrassier sur des chantiers de chemins de fer; puis enfin, six mois avant son entrée au service, se place chez un marchand de vin.

Au régiment, son capitaine le considère pendant la première année comme un sujet médiocre à tous points de vue, intelligence, tenue et discipline : toutefois ses punitions sont peu nombreuses, motivées par des absences illégales, des retards à l'appel, la mauvaise tenue de ses effets militaires et deux scènes d'ivresse en 15 mois de service. Changé de compagnie il avait paru s'amender, son nouveau capitaine témoigne qu'il y faisait bien son service, était devenu obéissant, semblant animé de bonnes intentions, et que rien n'aurait pu le faire supposer capable des actes d'indiscipline qui l'amènent devant le Conseil, sinon son alcoolisme déjà ancien.

Psychisme. G... n'a reçu qu'une éducation des plus sommaires. Son instruction est rudimentaire, cependant il lit et écrit couramment, sait

faire une addition et une soustraction de plusieurs chiffres; on l'avait même, au début de son service, jugé apte à suivre le peloton des élèves-caporaux, mais on ne put l'y maintenir.

Astreint, de bonne heure, aux travaux de culture, il n'a pu compléter ses connaissances; mais a toujours réussi à gagner sa vie. Dans la vie ordinaire il n'est ni emporté, ni brutal; c'est plutôt un taciturne, un doux et un passif. Il n'a ni goûts spéciaux, ni aptitudes particulières; il paraît cependant susceptible de sentiments affectifs. C'est ainsi qu'il a vécu maritalement avec une femme, pendant trois années, avant son incorporation. C'est la seule qu'il ait jamais connue et c'est précisément pour aller la voir qu'il a commis quelques courtes absences illégales.

Son existence consacrée en général à des travaux grossiers, se concentre principalement sur la satisfaction de ses besoins physiques, d'ordre banal. Il possède du sens moral : se rend compte de la gravité de sa faute et la déplore.

Etat somatique. G... aurait eu quelques rares convulsions dans sa première enfance, puis une bronchite assez sérieuse à l'âge de 4 ans. Pas d'infections graves, ni de traumatismes crâniens. Aucun stigmate physique de dégénérescence. L'examen des organes et des fonctions est négatif, sauf en ce qui concerne le système digestif : l'alcoolisme dont le début remonte à près de dix années, a déterminé des pyrosis, des pituites matinales et une légère augmentation de volume du foie. Le système nerveux est demeuré indemne, ni tremblement, ni trouble de sensibilité, ni cauchemars spéciaux.

Conclusion médico-légale. G... possède le niveau mental ordinaire de la classe ouvrière à laquelle il appartient. Il peut être considéré comme responsable de son ivresse, étant donné surtout qu'il a des habitudes alcooliques déjà anciennes et qu'il connaît les actions violentes auxquelles ses excès l'exposent. Néanmoins il paraît équitable de lui tenir compte, à titre de circonstance atténuante, ce ce fait que l'accès alcoolique excito-moteur, qui l'a entraîné aux violences graves dont il est inculpé, s'est produit sous l'influence d'une émotion morale vive : l'annonce de la maladie d'un membre de sa famille et que, d'autre part, l'état d'inconscience dans lequel il se trouvait à ce moment, ne lui permettait pas d'avoir tout le respect qu'on doit à un supérieur militaire, représenté à ce moment par un caporal qui, un instant auparavant, avait accepté de boire aux frais de son inférieur, et en sa compagnie.

Sanction pénale prononcée par le Conseil de guerre : Cinq ans de travaux publics!!!

OBSERVATION VII. — Alcoolisme aigu, accès agressif et excito-moteur au retour d'une sortie régulière. Ivresses dominicales antérieures précoces et répétées, constance de la réaction agressive. Caractère habituel irritable : impulsivité dans l'enfance. Stigmates physiques de dégénérescence. Absence de tares héréditaires connues.

C... (Paul), 23 ans, valet de culture.

Appelé du service armé. Soldat de 2e classe au 115e régiment d'infanterie. Seize mois de service.

Prévenu de : « Voies de fait, outrages par paroles, gestes et menaces envers un supérieur pendant le service; de destruction ou bris volontaire d'effets de casernement.

Code de justice militaire. Art. 224, 5 à 10 ans de travaux publics; en cas de circonstances atténuantes, 2 mois à 5 ans de prison.

Circonstances des délits. C... sort en ville, un dimanche soir, à 5 h. 30, ayant reçu un mandat-poste de sa famille. Vers 9 heures, il est rencontré, en état d'ivresse, par un sous-officier, qui l'invite à rentrer au quartier, il l'apostrophe violemment et le menace même de sa baïonnette; cependant, une demi-heure après, il se présente au sergent de la garde de police, à l'entrée du quartier et de but en blanc le tutoie, lui demandant de ne pas le faire punir, puis, sans attendre sa réponse, l'invective grossièrement. Le sous-officier donne l'ordre au caporal de le conduire en prison. C... s'esquive et revient, sa baïonnette nue cachée sous un bras, puis fait le geste de frapper le sergent, on le désarme, il s'échappe, disant: « Je vais revenir avec mon fusil! » Il se rend en effet dans la chambre et saisit un fusil au râtelier d'armes; mais on l'appréhende et on l'enferme, non sans peine, dans une cellule. Au paroxysme de la fureur, il démolit le lit de camp et se sert des planches comme d'un bêlier pour défoncer la porte. On est contraint de le ligotter. Le lendemain il est calme et prétend ne se souvenir de rien.

Antécédents du prévenu dans la vie civile et au régiment. C... appartient à une honnête famille d'ouvriers agricoles, jouissant de la considération publique. Le père et la mère, gens de bon sens, sobres, travailleurs et économes, ont réussi à élever cinq enfants, qui aujourd'hui, gagnent leur vie dans des professions humbles, mais honorables.

L'enfance de C... ne présente rien d'anormal à considérer. A 12 ans, après sa première communion, il est mis en condition comme berger : il se montre irritable, indiscipliné, il s'amuse à vagabonder, au lieu de garder son troupeau. A 15 ans, il commence à boire avec excès du vin, du café, de l'eau-de-vie, parfois le soir après son travail, mais principalement dans l'après-midi du dimanche et quand il avait de l'argent en poche. Néanmoins il ne boit pas seul, c'est en jouant aux cartes qu'il commet ses excès. Il supporte d'ailleurs fort mal la boisson, son ivresse est bruyante et agressive, il a des raisons avec tout le monde, ses maîtres principalement; aussi il est renvoyé par une série de cultivateurs. Quand il a bu il ne supporte pas la moindre contrariété ou contradiction; il est en proie à une colère inimaginable, pendant laquelle il est agressif, brutal, ou parle de se suicider. Le lendemain il ne se souvient pas de ses crises de violence et se montre repentant. Les nombreux patrons qui l'ont employé s'accordent à dire, qu'en dehors de l'ivresse, il se montre tranquille, probe et travailleur; mais un léger excès alcoolique suffit à ébranler convulsivement son système nerveux. Ces faits sont de notoriété publique.

Au régiment. G... a montré un véritable zèle pendant les trois premiers mois; mais, à partir de ce moment, il retombe dans son vice habituel et encourt, en treize mois, sept punitions graves pour ivresse et ses suites (au total : 36 jours de salle de police, 25 jours de prison, 15 jours de cellule).

Il ne se grise jamais à la cantine, mais quand il boit en ville, c'est le dimanche, après avoir reçu de l'argent de sa famille, c'est-à-dire dans des conditions banales qui ne rappellent en rien les impulsions alcooliques irrésistibles. Son capitaine, qui a essayé de le moraliser, le considère comme un simple ivrogne ne sachant pas résister à son penchant favori; en dehors de l'ivresse, il est calme et réfléchi, reconnaît volontiers ses torts et prend de bonnes résolutions.

Psychisme. L'instruction de G... est celle d'un paysan ordinaire. Il lit couramment, écrit aisément, mais en commettant d'assez nombreuses fautes d'ortographe, fait correctement des additions, des multiplications de deux et trois chiffres, il possède un certain nombre de connaissances exactes sur l'histoire de France. Il a de la mémoire, du jugement et un sens moral très droit; mais il supporte difficilement la contradiction et a un penchant très net pour la boisson, il ne s'agit pas cependant d'obsession ou d'impulsion, il ne boit que par occasion. Il a pu recevoir les éléments d'instruction militaire et n'a jamais été soupçonné par ses instructeurs de débilité mentale.

Etat somatique. De constitution robuste, de tempérament plutôt sanguin, C... n'a jamais été malade, il n'a subi aucun traumatisme. Il n'offre même aucun des troubles digestifs ou nerveux si communs dans l'alcoolisme chronique. On relève simplement une légère hyperesthénie généralisée des téguments. Par contre, les stigmates physiques de dégénérescences sont assez nombreux; dissymétrie facile par hémiatrophie droite; saillie anormale des arcades orbitaires avec dénivellement des sourcils; ogive palatine; absence des incissives latérales; saillie mastoïdienne bilatérale très prononcée.

Conclusion médico-légale. C..., malgré quelques stigmates physiques de dégénérescence, nous apparaît simplement comme un rural à instruction limitée; il possède des facultés intellectuelles et morales suffisantes pour la bonne exécution de ses devoirs civils et militaires.

Il a des défauts de caractère consistant d'abord dans une irritabilité, une susceptibilité spéciale, qui lui font mal supporter les observations et remontrances, qu'elles viennent de ses parents, de ses patrons ou de ses chefs; en outre, il offre un penchant marqué pour la boisson, il se laisse entraîner facilement par les occasions. C'est un ivrogne et non pas un alcoolique au sens morbide habituellement attribué à ce qualificatif.

La seule *atténuation légère* à sa responsabilité, résulte de ce fait indéniable que par son tempérament nerveux, l'alcool est un poison violent produisant, à doses relativement faibles, une excitation psychique anormale, hors de proportion avec l'excès commis. Mais mis au courant de cette particularité par l'expérience et sachant, quand il est de sang-froid, en mesurer et en apprécier les inconvénients, ce soldat ne peut invoquer cette raison pour plaider sa complète irresponsabilité.

Sanction prononcée par le Conseil de guerre. Deux ans de prison.

Et maintenant, instruits par ces documents cliniques, nous pouvons essayer de déterminer les raisons capables d'expliquer cette action particulièrement irritante de l'alcool sur le système nerveux,

point de départ de la manifestation agressive, excito-motrice, qui aboutit aux délits ou crimes militaires déférés au jugement des Conseils de guerre.

La douleur de l'alcool ingéré, ne paraît pas avoir eu, en l'espèce, d'action exclusivement déterminante: deux fois seulement l'excès d'absinthe est nettement spécifié; ailleurs il semble que les liquides alcooliques ingérés aient été variés.

Comme il arrive d'ordinaire, vin, bière, eau-de-vie, apéritifs, s'ajoutent à courts intervalles pour réaliser l'intoxication.

L'alcoolisme antérieur, plus ou moins accusé, est mentionné dans cinq observations sur sept, sous la forme de simple penchant à boire, dans deux cas, et de véritables habitudes éthyliques, précoces et déjà anciennes chez trois autres sujets.

Deux fois seulement il s'est agi d'un alcoolisme aigu, accidentel et fortuit chez des jeunes gens de sobriété reconnue.

L'hérédité alcoolique est notée dans trois cas, exclusivement du côté paternel, et sous les rubriques suivantes.

Observation IV. — Père alcoolique éthylique avéré, s'est suicidé par immersion après avoir fait plusieurs tentatives du même genre.

Observation V. — Père alcoolique.

Observation VI. — Père, ivrogne invétéré.

Cette hérédité s'est affirmée deux fois sur trois, par un vice similaire précoce chez les descendants; le troisième sujet, bien que fils d'alcoolique suicidé, avait toujours été d'une sobriété parfaite.

Le rôle prédisposant possible des *infections* peut être soupçonné dans trois cas ,où les sujets ont été atteints de fièvre typhoïde, de forme grave ou moyenne, à l'âge de 17 ou 18 ans (Obs. 1, 2 et 5).

On trouve une fois seulement la mention d'un *traumatisme crânien* relativement récent et important, sous la forme d'un choc temporal droit survenu à l'âge de 18 ans, accompagné de perte de connaissance, et suivi de vertiges prolongés (obs. 1).

Le rôle des névroses semble pouvoir, jusqu'à un certain point, être incriminé dans deux de mes observations: il s'agit, dans un cas, de deux atteintes de chorée survenues à 12 et 13 ans; dans le second cas de crises nerveuses spasmodiques hystériformes (obs. 2 et 3).

L'hérédité vésanique directe n'est mentionnée dans aucune de nos observations: un seul de nos délinquants allègue l'aliénation suivie de suicide, dans la ligne callotirale, chez un oncle maternel. Le père était en outre alcoolique avéré et le fils, alcoolique absinthique précoce, réalisait à n'en pas douter un type très net de dégénérescence moyenne, affirmée par des stigmates physiques et intellectuels (obs. 5).

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Convulsions de la face
Une forme clinique de convulsion faciale bilatérale et médiane

par Henry MEIGE (de Paris)

Les mouvements convulsifs dont la face est le siège ont été longtemps confondus entre eux. A la suite des travaux de Brissaud (1) une étude attentive des caractères objectifs des convulsions faciales a permis d'opérer une première distinction : les tics de la face ont été séparés des spasmes faciaux.

On admet donc aujourd'hui qu'il existe deux variétés principales de convulsions faciales : les *tics* et les *spasmes*.

Les caractères des *tics de la face* sont suffisamment connus pour qu'il soit superflu d'y insister (2) : ce sont des contractions, généralement brusques, d'un ou de plusieurs muscles faciaux, unilatérales ou bilatérales, coïncidant ou alternant avec les d'autres tics de la tête ou des membres, reproduisant, plus ou moins exagérés ou déformés, certains gestes fonctionnels ou mimiques : un clignement des paupières, un reniflement, une moue, une grimace quelconque, etc. Les contractions musculaires se produisent dans la totalité d'un ou de plusieurs muscles ; le groupement de ces muscles ne correspond pas nécessairement à un territoire nerveux anatomiquement défini, ce groupement est plutôt fonctionnel. Enfin, l'attention, la volonté ont une action inhibitrice certaine, plus ou moins durable sur les tics de la face, comme sur tous les tics en général.

Le *spasme facial* a des caractères objectifs tout à fait différents (3). Nous avons analysé pour la première fois ces caractères dans une communication faite au Congrès de Bruxelles, en 1903. Le spasme facial, dans l'immense majorité des cas, est unilatéral : c'est un *hémispasme* de la face. Les convulsions se produisent uniquement dans le territoire du nerf facial ; suivant les cas, elles prédominent dans le facial supérieur ou le facial inférieur. Leur forme objective est bien différente de celle des tics : au lieu de se manifester brusquement dans la totalité d'un muscle, ces contractions sont

---

(1) BRISSAUD. Leçons sur les maladies nerveuses. 1re série 1894. Tics et spasmes de la face.

(2) MEIGE et FEINDEL. *Les Tics et leur traitement*, 1902.

(3) HENRY MEIGE. *Compte rendu du Congrès des aliénistes et neurologistes*, Bruxelles août 1903, et *Revue neurologique*, 30 octobre 1903.

d'abord *parcellaires,* erratiques, puis, en se généralisant représentent l'aspect d'une *contracture frémissante.* Elles sont indolores; elles sont illogiques et expressives. Le masque dimidié du sujet est dépourvu de toute signification mimique.

Parfois, le phénomène s'accompagne de *troubles vaso-moteurs,* poussées de rougeur ou de sueur, superposées aux convulsions faciales; on peut même observer en dehors des accès la persistance d'un état œdémateux des téguments (*hémiface succulente*) (1). Lannois, André Thomas, Roasenda ont signalé également des *troubles auditifs unilatéraux.*

Enfin, fait capital, le *spasme facial persiste pendant le sommeil.* Les efforts de volonté, d'attention sont sans effets sur lui. Aucune confusion n'est donc possible avec un tic de la face.

D'autres caractères, bien mis en valeur par M. Babinski (2), facilitent encore la distinction du spasme facial, notamment l'*incurvation du nez,* l'existence d'une *fossette mentonnière,* et parfois des *mouvements du pavillon de l'oreille* du côté où siège le spasme; enfin la *contraction simultanée du muscle frontal et de l'orbiculaire des paupières au moment de l'occlusion des yeux* (synergie paradoxale).

Sans doute, il se présente en clinique des cas où les secousses faciales ont une plus grande brusquerie, qui les rapproche, en apparence au moins, de celles de la plupart des tics faciaux. Mais cette forme de *spasme facial clonique,* dont Lamy a rapporté un bel exemple (3), n'est pas la plus fréquente.

Au contraire, le spasme facial qui présente tous les caractères distinctifs énumérés précédemment est le plus commun. Il est franchement *unilatéral* dans la grande majorité des cas, et mérite bien alors le nom d'*hémispasme facial;* Babinski y ajoute le qualificatif de *périphérique.* Et, en effet, le plus souvent les phénomènes irritatifs qui produisent les contractions paraissent siéger sur le trajet périphérique du nerf facial ou sur son noyau. Des observations anatomo-cliniques, bien étudiées par André-Thomas, sont venu corroborer cette manière de voir (4).

---

(1) Henry Meige. XIVe Congrès des aliénistes et neurologistes, Pau 1904. *Revue neurologique,* 30 septembre 1904.

(2) Babinski. Hémispasme facial périphérique. *Société de Neurologie de Paris,* 6 avril 1905; *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* numéro 4, 1905.

(3) Lamy. Hémispasme facial clonique. *Société de Neurologie de Paris,* 6 juillet 1905; *Revue Neurologique,* 1905, p. 754.

(4) André-Thomas. Hémispasme facial périphérique avec paralysie faciale, *Société de Neurologie de Paris,* 4 juillet et 5 décembre 1907: *Revue Neurologique,* 1907, pp. 746 et 1273.

Si le spasme facial est souvent primitif il n'est pas rare de le voir succéder à une paralysie faciale. Huet a tenté de différencier cliniquement cette forme d'*hémispasme facial post-paralytique* (5). Le principal élément de diagnostic parait être la persistance d'un état parétique ou contractural de l'hémiface, dans l'intervalle des accès spasmodiques. On a décrit aussi un hémispasme facial préparalytique, qui est beaucoup plus rare (6). Plusieurs auteurs tendent à admettre une équivalence parfaite entre l'hémispasme facial périphérique et la paralysie faciale périphérique (Negro, Roasenda). Chez une femme atteinte de paralysie faciale bilatérale, Bouchaud a vu survenir un hémispasme facial droit, tandis que la moitié gauche de la face restait à l'état de paralysie flasque (*Journal de Neurologie*, numéro 10, 1909).

Enfin, Brissaud et Sicard ont fait connaître, en 1908, un autre type clinique: l'*hémispasme facial alterne* (1). Il s'agit d'un syndrome mésencéphalique, caractérisé par un hémispasme facial associé à des troubles de la motilité des membres du côté opposé, vraisemblablement provoqué par une lésion hémiprotubérantielle, superficielle ou peu profonde, généralement d'origine syphilitique. Anatomiquement, cette forme se distingue donc de l'hémispasme facial périphérique. Au point de vue clinique, les caractères objectifs des contractions musculaires ne semblent pas différer sensiblement.

Il ne paraît guère douteux, d'ailleurs, que certains spasmes faciaux puissent reconnaître comme cause des lésions du mésencéphale. Brissaud, Sicard et Tanon ont rapporté une belle observation d'un sujet atteint de paralysie faciale gauche associée à un spasme facial droit, qui présentait des signes certains d'une lésion méningomésencéphalique: céphalée, diplopie, lymphocytose rachidienne (2) Ricaldoni a publié un cas remarquable d'hémispasme facial résiduel consécutif à une paralysie associée bilatérale de la sixième et de la septième paire (3).

Cluade et Lejonne ont rapporté (*Encéphale*, 1907, numéro 9) un exemple d'hémispasme faciale droit accompagné de mouvements convulsifs des muscles du pharynx et du larynx survenant à l'occasion des mouvements de phonation et aussi de déglutition. Ils

---

(5) HUET. *Société de Neurologie de Paris*, 6 avril 1905.

(6) CRUCHET. Hémispasme facial post-paralytique. *Revue Neurologique*, 30 octobre 1905.

(1) BRISSAUD et SICARD. *Société de Neurologie de Paris*, 9 janvier 1908. *Revue Neurologique*, 1908, p. 87.

(2) BRISSAUD, SICARD et TANON. *Société de Neurologie de Paris*, 1906; *Revue Neurologique*, 1906, p. 779.

(3) RICALDONI. Paralysie associée bilatérale de la VI[e] et de la VII[e] paires, etc. *Revue Neurologique*, numéro 5, 15 mars 1910.

admettent que ces accidents sont causés par une double lésion, l'une dans le pédoncule cérébral droit, l'autre, dans la région juxta-thalamique gauche, irritant le faisceau géniculé. D'où le nom de spasme géniculé proposé pour ce spasme facial survenant à l'occasion de certains mouvements volontaires.

L'hémispasme peut aussi être associé à d'autres phénomènes spasmodiques intéressants les muscles du cou et de la ceinture scapulaire. (Cas de Rimbaud et Anglada, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, numéro 2, 1909.)

Des phénomènes convulsifs s'observent aussi dans la *névralgie du trijumeau*. De Massary (4) admet que ces accidents sont tantôt des réactions de défense analogues à certains tics (dans les cas de névralgie du trijumeau d'origine périphérique), tantôt des réactions franchement spasmodiques (lorsque la névralgie est d'origine centrale et que la cause irritable agit à la fois sur le trijumeau et sur le facial). Une très intéressante observation de Bouchaud (de Lille) tend à prouver la réalité des phénomènes spasmodiques consécutifs à l'irritation du trijumeau (5).

En somme, comme l'a dit Brissaud, le spasme peut être causé par une irritation d'un point quelconque d'un arc réflexe. Pour les spasmes de la face, il ne paraît pas douteux que le plus grand nombre des cas sont dus à une lésion irritative de la voie centrifuge, c'est-à-dire du nerf facial. D'autre cas relèvent d'une irritation du noyau du facial et s'accompagnent de signes d'une lésion du mésencéphale. Quant aux irritations portant sur la voie centripète, le trijumeau, il est logique d'admettre, et il paraît certain qu'elles provoquent des réactions motrices dans le domaine du facial, réactions qui, par leurs caractères objectifs, se rapprochent tantôt des tics, tantôt des spasmes.

Quant aux convulsions faciales qui s'observent à la suite d'une irritation de l'écorce, notamment au cours d'une crise jacksonienne, nous avons soutenu depuis longtemps qu'elles ne présentent pas les caractères de celles des hémispasmes faciaux. Le fait a été confirmé par les observations de Babinski (1) et par celles de Vincent (2).

---

(4) DE MASSARY. *Société de Neurologie de Paris*, 6 avril 1905; *Revue Neurologique*, 1905, p. 450.

(5) BOUCHAUD. Névralgie de la face du côté droit et hémispasme du même côté. *Revue Neurologique*, 15 septembre 1908.

(1) BABINSKY. *Loc. cit. Revue Neurologique*. 1905. p. 446.

(2) VINCENT. *Société de Neurologie*, 7 décembre 1907; *Revue Neurologique*, 1907. p. 1299.

Dans le *spasme facial cortical,* le phénomène convulsif envahit progressivement les muscles de la face, sans qu'on puisse constater la déviation du nez, la fossette mentonnière. La contraction du frontal cesse quand l'occlusion des paupières se fait; il n'y a pas de synergie paradoxale (Vincent).

C'est uniquement pour mémoire qu'on peut rappeler ici l'*hémispasme glosso-labié,* considéré jadis comme une manifestation de l'hystérie, et qui n'a rien à voir avec les phénomènes franchement spasmodiques tels qu'on les conçoit aujourd'hui. C'est une sorte de tic, une grimace convulsive.

Aucune confusion ne peut s'établir davantage avec les contractions faciales de choréiques, irrégulières, inconstantes, onduleuses, aberrantes (3).

Dans toutes les formes cliniques que nous venons de remémorer, l'unilatéralité des accidents spasmodiques est la règle. On doit cependant admettre l'existence du *spasme facial double.*

Sicar a présenté récemment, à la Société de Neurologie de Paris, un cas remarquable de *bispasme facial* (4). Les accidents ont débuté par un hémispasme facial gauche auquel s'est surajouté un hémispasme facial droit. Dans les crises spasmodiques, qui sont fréquentes, les contractions débutent tantôt à droite, tantôt à gauche; les deux moitiés de la face sont atteintes, tantôt isolément, tantôt simultanément. Ce fait, d'un très grand intérêt, est exceptionnel. Il ne peut, d'ailleurs, être assimilé au phénomène qu'on observe parfois dans l'hémispasme facial périphérique, lorsque, à l'apogée d'une crise, on voit se produire quelques contractions dans la moitié indemne de la face; il ne s'agit alors, vraisemblablement, que d'une extension du phénomène spasmodique à la suite du processus irratif d'après la loi de Pflüger concernant la propagation des réflexes.

Pour ma part, je n'ai pas eu l'occasion d'observer de faits semblables au cas de Sicard. J'ai seulement vu un cas d'*hémispasme facial à bascule,* dans lequel les accidents convulsifs, localisés d'abord à un côté de la face, ont disparu, pour reparaître quelque temps après du côté opposé.

Telles sont les principales variétés de convulsions faciales aujourd'hui connues. J'ai soutenu depuis une dizaine d'années, et à main-

---

(3) VARIOT et BOUNJOT ont signalé (*Société médicale des Hôpitaux*, 21 janvier 1909) l'existence, chez de jeunes enfants, d'un hémispasme de la lèvre inférieure chaque fois que la bouche entre en activité. Ils admettent que ce trouble convulsif n'est pas sous la dépendance du nerf facial, mais qu'il s'agit d'un phénomène musculaire (hémiatonie musculaire congénitale).

(4) SICARD. Bispasme facial. *Société de Neurologie de Paris*, 7 juillet 1910; *Revue Neurologique*, 30 juillet 1910, p. 119.

tes reprises, que leur diagnostic clinique pouvait se faire par l'examen des caractères objectifs du phénomène convulsif. Je me suis efforcé de préciser ces caractères objectifs du phénomène convulsif. Je me suis efforcé de préciser ces caractères, notamment pour l'hémispasme facial. De nouveaux éléments de différenciation de grande valeur ont été apportés par Babinski, Brissaud, Sicard, Vincent. Mais l'étude des mouvements convulsifs de la face ne me paraît pas se limiter ici.

***

En dehors des tics de la face, en dehors de l'hémispasme facial périphérique, en dehors du spasme postparalytique, du spasme alterne, et même en dehors du bispasme facial proprement dit, je crois qu'il existe *une autre variété de convulsions faciales,* qui mérite d'être cliniquement distinguée des précédentes. J'en ai ai déjà observé une dizaine d'exemples, sans parler des observations éparses dans la littérature médicale qui me paraissent pouvoir s'y rattacher et j'en ai déjà donné incidemment les principaux caractères distinctifs (1).

Voïci en quoi consiste cette forme clinique:

Les phénomènes convulsifs ont pour caractère essentiel d'être *bilatéraux* et prédominent au voisinage de la ligne médiane, si bien qu'on pourrait donner à cette forme clinique le nom de *spasme facial médian* d'après sa localisation.

Les muscles le plus fréquemment et le plus fortement atteints sont les orbiculaires des paupières. Aussi, dans la majorité des cas, les sujets se plaignent-ils surtout de la gêne que leur cause la fermeture involontaire de leurs yeux. Rochon-Duvigneaud en a présenté un bel exemple à la *Société de Neurologie de Paris,* le 5 déembre 1907.

Ces convulsions palpébrales n'ont pas les caractères d'un tic banal de clignement de paupières. La contraction des orbiculaires, quoique survenant plus rapidement que dans l'hémispasme palpébral, affecte presque d'emblée la forme tonique, réalisant ainsi un *bléphorotonus,* auquel s'ajoutent des scousses plus ou moins rythmées; la fente palpébrale se rétrécit, rarement jusqu'à l'occlusion complète; les malades peuvent encore distinguer les objets, mais à

(1) *Société de Neurologie de Paris*, 5 décembre 1907 : Voir *Revue Neurologique*, 1907, p. 1297, et *ibid.*, 7 juillet 1910; *Revue Neurologique*, 1910, t. II, p. 120.

la condition de relever la tête; quelquefois l'occusion est totale, au moins pour un œil. Ce phénomène dure de quelques secondes à quelques minutes; il est souvent provoqué par le regard en haut qui, chez certains sujets, est complètement impossible, tandis que le regard en bas reste aisé, permettant même la lecture et l'écriture.

La marche exagère les contractions. Par contre, on arrive fréquemment à les faire disparaître par une élévation brusque des sourcils ou, comme l'a constaté M. Rochon-Duvigneaud, par la pression des nerfs sus-orbitaires contre le rebord osseux de l'orbite. Le repos étendu, l'obscurité, ont toujours un effet sédatif. Mais si intenses que soient les contractions, une surprise, un subit effort de volonté, l'attention portée à l'éxécution d'un mouvement facial, réussissent presque toujours à faire ouvrir les paupières pour un temps plus ou moins long. Les contrariétés, les émotions tristes ont au contraire une influence fâcheuse. Enfin, ce mode de convulsions palpébrales survient, tantôt chez des sujets dont les yeux sont normaux, tantôt chez d'autres qui ont une défectuosité quelconque de l'appareil de la vision, sans que d'ailleurs la musculature intrinsèque de l'œil soit intéressée. Et il ne semble pas que le trouble visuel proprement dit puisse être directement incriminé.

Cette double convulsion palpébrale, ou, si l'on veut, ce *biblépharospasme* peut représenter à lui seul toute l'affection; mais il est bien rare que les orbiculaires des paupières soient seuls atteints. Quand on examine attentivement et longuement les patients, on ne tarde pas à s'apercevoir que la plupart des muscles de la face participent au phénomène spasmodique, et des deux côtés à la fois. Les muscles frontaux, et surtout les sourciliers se contractent aussi. Tous les muscles du nez, les pyramidaux, les élévateurs, les triangulaires des ailes du nez, les dilatateurs des narines, entrent en jeu. De même pour les muscles des lèvres, notamment les faisceaux médians de l'orbiculaire, et enfin les carrés et les houppes du menton. Par contre, les zygomatiques sont beaucoup moins atteints; ils ne se contractent qu'exceptionnellement ou très faiblement

Objectivement, ces légères convulsions faciales se rapprochent beaucoup de celles du spasme facial: on y reconnaît les mêmes palpitations parcellaires, le même aspect de contracture; les petites grimaces qui en résultent ne répondent à aucune expression mimique connue: on voit tantôt de légers plissements intersourciliers, tantôt un froncement de nez, ou des battements brefs de ses ailes, tantôt comme un marmottement des lèvres et un tressautement du menton.

L'intensité du phénomène convulsif varie suivant les jours; il a tendance à se produire par crise de durée variable; mais son siège reste toujours le même. Un effort d'attention ou de volonté, une

surprise ou une émotion sont capables d'atténuer et même de faire complètement disparaître les contractions, pour un temps plus ou moins long. Enfin, *elles cessent pendant le sommeil.*

On les observe chez des sujets d'un certain âge, à l'inverse des tics faciaux qui sont surtout fréquents chez les jeunes sujets. On ne les voit pas alterner ni coïncider avec d'autres tics de la face ou des membres; mais on peut les constater chez des sujets qui présentent d'autres phénomènes convulsifs que les tics.

En somme, il s'agit d'une variété de convulsion faciale remarquable surtout par bilatéralité et son siège au voisinage de la ligne médiane. Objectivement, les contractions présentent les caractères des contractions spasmodiques. Mais cette affection diffère de l'hémispasme facial périphérique, d'abord parce que les contractions sont bilatérales et qu'elles peuvent cesser, au moins passagèrement, sous l'influence d'une intervention corticale, enfin parce qu'elles disparaissent pendant le sommeil.

La bilatéralité n'est pas en faveur d'un localisation périphérique. L'effet inhibiteur de la volonté et la disparition des accidents pendant le sommeil ne permettent pas de croire à une grave lésion irritative. D'autre part, les caractères objectifs de ces contractions musculaires les distinguent certainement de celles des tics ordinaires de la face.

Fait important, les sujets qui sont atteints de cette affection présentent un état mental tout à fait analogue à celui que l'on observe dans les torticolis convulsifs (torticolis mental de Brissaud). Ils sont grandement affligés de leur infirmité; elle devient pour eux une véritable obsession. Ils imaginent toutes sortes de subterfuges pour l'atténuer ou la dissimuler, procédé de défense tout à fait comparables aux stratagèmes antagonistes signalés dans le torticolis mental. Dans un cas, j'ai vu cette variété de convulsion faciale survenir chez une jeune fille dont la mère était atteinte de torticolis typique. Et il n'est pas douteux que ces deux affections présentent entre elles plus d'une analogie qui apparaît encore davantage dans la similitude de leur évolution capricieuse et de leurs réactions aux interventions thérapeutiques. Rochon-Duvigneaud a traité son malade par l'arrachement des deux nerfs sus-orbitaires. A la suite de cette opération les contractions ont d'abord disparu, mais pour peu de temps; elles ont reparu ensuite, atténuées. Kalt a relaté un cas analogue. Sicard a justement fait observer à ce propos que l'intervention chirurgicale, ayant porté sur des nerfs *sensitifs* (les susorbitraires), on avait cependant obtenu une sédation des *mouvements* convulsifs. Aussi croit-il que l'opération a eu surtout un effet psychothérapique. Et il voit également là une analogie avec ce qu'on observe dans le torticolis mental de Brissaud (*Société de Neurologie de Paris,* 5 décembre 1907).



J'ajouterai que, parmi les cas que j'ai eu l'occasion d'observer et que j'ai pu soumettre à une discipline psycho-motrice assidue, j'ai vu survenir, à des échéances variables, les mêmes effets sédateurs que dans les cas de torticolis convulsif. L'amélioration est très fréquente; la guérison est même possible: j'en connais au moins trois exemples; mais il faut aux malades une assez longue persévérance, beaucoup plus longue que dans les cas de tics ordinaires de la face. Dans l'hémispasme facial périphérique, au contraire, les interventions rééducatrices demeurent peu efficaces.

*

Je crois donc qu'il est légitime de décrire une forme clinique de convulsion faciale, bilatérale, distincte des tics de la face, et distincte aussi du spasme périphérique et du bispasme proprement dit. Autant par ses caractères cliniques que par son évolution, cette affection ne peut être confondue ni avec les uns ni avec les autres. Sur la nature même et plus encore sur son substratum anatomique il serait prématuré de se prononcer. Tout au plus, peut-on supposer que la cause irritative, d'ailleurs légère, superficielle et intermittente, a son siège au voisinage du mésencéphale.

Au surplus, des phénomènes convulsifs, présentent les mêmes caractères cliniques, peuvent s'observer, soit isolément, soit simultanément, dans d'autres territoires nerveux que le domaine du facial. Dans une de mes observations les contractions faciales s'accompagnaient de contractions des muscles du pharynx; dans d'autres les muscles de la mâchoire, les muscles du plancher de la bouche, de la langue même, entraient parfois aussi en jeu. Je serais donc porté à croire que de tels accidents sont provoqués par un processus irritatif qui, suivant les cas, siège à des hauteurs diverses de la région bulbo-protubérantielle. Une altération vasculaire ou méningitique, à la superficie de cette région, pourrait être incriminée avec vraisemblance.

En tout état de cause, il y a lieu de retenir l'existence d'une forme clinique de mouvements convulsifs de la face, bilatéraux et médians, qui diffère nettement des tics faciaux et du bispasme facial périphérique, et qui paraît accessible aux précédés de correction psycho-motrice dont les torticolis convulsifs sont justiciables.

La crise excito-motrice de l'alcoolisme aigu devant la justice militaire (1)

par S. SIMONIN

Médecin principal de l'armée française
Professeur de médecine légale au Val-de Grâce

(*Suite*)

Jamais le psychisme de nos sujets ne nous a paru nettement *insuffisant,* tout au moins en ce qui concerne le fond intellectuel. Il ne pouvait être question de *débilité mentale,* mais simplement d'un certain degré de dégénérescence par déséquilibrement.

Tous les cas observés se rapportent à des jeunes gens ayant pu acquérir, tout au moins, une bonne instruction primaire, confirmée chez la plupart par l'obtention, dans des conditions normales, du certificat d'études.

Au point de vue *social,* les délinquants appartiennent, cinq fois sur sept, à la bourgeoisie. Ce sont des fils de commerçants, d'employés, de petits fonctionnaires. Deux fois seulement, ils émanent de familles ouvrières rurales peu aisées dans lesquelles l'alcoolisme est trop souvent une habitude hebdomadaire, liée en quelque sorte au jour du repos.

La *profession* antérieurement exercée me fournit aucun renseignement utilisable. Employé de commerce, boulanger, serrurier, plombier, valets de culture, matelot puis soldat, tels sont les métiers antérieurs de nos délinquants. Un seul avait occupé, six mois avant son entrée au service, un emploi de garçon marchand de vin; mais son alcoolisme très antérieur avait débuté alors qu'il était valet de ferme, sa véritable profession.

Les circonstances militaires dans lesquelles se déclarent les accès aigus d'intoxication sont à peu près toujours les mêmes. C'est en dehors de la caserne, dans les cabarets que se réalise l'ivresse. C'est au retour d'absences légales ou illégales, au moment même de la rentrée au quartier sous l'influence du *choc moral* de la reprise du joug disciplinaire que la réaction agressive se précise. Souvent c'est une simple *observation* ou même la *vue* d'un gradé qui déclanche la crise. Dans certains cas la fatigue physique ajoute son influence dépressive à la toxicité de l'alcool.

Nous sommes ainsi conduits à serrer de plus près l'étiologie et nous voyons qu'une première remarque s'impose.

---

(1) Commnnication faite au XXe Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes Bruxelles-Liege, 1-7 août 1910.

Dans cinq cas sur sept, il s'agit d'engagés volontaires, âgés de 19 à 20 ans, chez lesquels l'examen psychique décèle un défaut de maturité intellectuelle et morale, une véritable puérilité mentale caractérisée par la prédominance très nette de la mémoire, de l'imagination, de la sensibilité sur le jugement et le raisonnement. Le sens moral ne semble pas dévié mais il y a un défaut marqué d'énergie volitive malgré la notion claire de la morale et du devoir. On constate également de l'instabilité mentale, dont les changements successifs de profession ou de patrons, constituent avec l'engagement volontaire les manifestations les plus fréquentes et les mieux connues.

Un second caractère commun, le plus fréquent de tous, puisque nous le rencontrons six fois sur sept, c'est l'existence ancienne non douteuse, affirmée par les enquêtes, témoignages d'un état spécial émotionnel du caractère, d'une irritabilité anormale et habituelle, se traduisant tout à coup par des réactions d'une violence extrême sous l'influence des moindres contrariétés, de simples observations ou reproches.

Cet état d'émotivité morbide, on le retrouve chez nos sujets dès le jeune âge; il se révèle d'abord dans la famille, se continue à l'école puis au lycée, s'exaspère à la puberté et au cours de l'adolescence, au moment de l'entrée en apprentissage ou au début de la vie professionnelle. Dans certains cas, les habitudes alcooliques précoces viennent ajouter leur action dépressive sur un système nerveux d'une impressionnabilité déjà excessive mais ce n'est là qu'un élément surajouté.

Plus tard, le joug de la discipline militaire est, en général, mal supporté et les fautes disciplinaires préludent aux actes délictueux ou criminels.

Le facteur ectologique le plus puissant des manifestations violentes de l'alcoolisme aigu excito-moteur semble donc bien, en dernière analyse, pour ne conclure que d'après nos observations et en écartant toute prétention à la généralisation, résider avant tout dans une anomalie psychique, un état de *faiblesse véritable spéciale au système nerveux des sujets*, disposition native que le poison éthylique, quelle que soit sa nature ou sa quantité, vient facilement pousser au paroxysme. Il y a là une sorte d'idiosyncrasie particulière qui ne relève point d'une altération et d'une insuffisance des organes antitoxiques ou chiminateurs: rein, foie, glandes internes pas plus que des infections antérieures; c'est une impressionnabilité fonctionnelle anormale des cellules cérébrales qui s'oppose à toute action inhibitrice volontaire et trouble à ce point les opérations intellectuelles, que le sujet n'a plus sur la série de ses idées, de leurs associations logiques en apparence et de ses actes, aucun contrôle volontaire, en même temps qu'il en perd complètement dans la suite le souvenir;

l'amnésie lacunaire totale est nettement et invariablement affirmée par tous les délinquants, sans exception, et nous n'avons aucune raison suffisante pour infirmer une assertion aussi unanime.

Il s'agit, à n'en pas douter, d'une sorte d'état second provoqué par l'intoxication aiguë du système nerveux, d'une variété d'épilepsie psychique passagère due à l'imprégnation cellulaire par le poison éthyl ou essence.

Si on admet cette interprétation, il est logique que l'expert médical introduise dans ses conclusions l'affirmation de la *responsabilité atténuée* pour tous les faits qui se sont déroulés dans la période aiguë de l'intoxication.

Qu'on laisse à l'inculpé toute la responsabilité de son ivresse, cela est équitable; mais on ne peut apprécier de la même façon tous les faits qui se sont déroulés dans cet état spécial de l'ivresse agressive ou excito-motrice, pendant lequel il survient une véritable altération inconsciente de la personnalité.

D'autre part, si on veut bien admettre que cette forme particulière de l'alcoolisme relève d'un état constitutionnel du sujet, plus que de l'excès commis, il ressort nettement que les pénalités prononcées ne peuvent et ne doivent pas être celles prévues pour les actes similaires accomplis de sang-froid par des sujets normalement équilibrés, ou par de simples ivrognes passionnels et vicieux dont la mentalité a été trouvée normale en dehors des phases d'intoxication volontaire.

Pareille distinction n'a pas été toujours suffisamment et également comprise par les jurys des conseils de guerre et on a pu naguère éprouver une véritable surprise, en constatant qu'en maintes circonstances, malgré les renseignements consciencieux et documentés fournis par les experts médicaux, les pénalités prononcées étaient beaucoup plus conformes à la lettre rigoureuse des articles du Code, qu'à l'esprit de justice éclairé qui devait servir à les interpréter dans des cas de ce genre.

Il suffit de lire, à la fin de nos observations, les décisions prises par le Conseil de guerre, pour se convaincre que notre façon de penser est actuellement partagée dans la majorité des cas par les juges militaires, ne s'inspire pas d'un faux sentiment d'humanitarisme, mais d'une conscience professionnelle avertie et éclairée, par une analyse attentive de tous les éléments de la responsabilité.

Aussi bien est-ce l'honneur de notre état de montrer, ainsi que notre collègue Hanry l'a fait ressortir dans divers travaux, tout ce qu'ont de pitoyable les états morbides, parfois dissimulés sous le masque du vice librement consenti.

Nous n'aurions garde toutefois de manquer de faire une remarque qui vient tout naturellement à l'esprit, c'est qu'en l'absence de déficit intellectuel pouvant s'opposer à la juste perception de l'idée

du devoir, les sujets, instruits par une première expérience personnelle, des funestes effets de l'alcool sur leur système nerveux impressionnable, sont réellement peu excusables de s'exposer à nouveau aux inconvénients graves d'un accès alcoolique violent ou excito-moteur, dont les phases successives, si regrettables, leur ont été décrites par des témoins, avec une exactitude parfaite, de telle sorte qu'ils n'ont même pas pour excuse tardive valable, l'amnésie lacunaire qui accompagne et suit chaque manifestation violente de leur éthylisme.

Si l'on consulte enfin parallèlement les sanctions prévues par le Code pénal de justice militaire et celles que prononcent réellement les jurés des Conseils de Guerre, on verra que l'idée de responsabilité atténuée, suggérée par la conscience l'expert médical, trouve un écho presque toujours fidèle, sous forme de réduction notable de la nature et de la durée des peines prononcées. Les jurés militaires conservent, en général, toute leur sévérité pour les alcooliques anciens et endurcis; encore se décident-ils très rarement à leur appliquer les sanctions draconniennes d'une législation faite pour un autre âge et pour une caste professionnelle spéciale, qui n'a rien de commun avec la nation armée actuelle.

La révision du Code de justice militaire est d'ailleurs en voie de s'effectuer, avec cette pensée directrice que, pour le citoyen comme pour le soldat, les responsabilités et les pénalités *du temps de paix paix* ne peuvent manquer d'être comparables, si on veut réaliser l'idéal de justice qui est le rêve élevé de notre civilisation moderne.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de psychologie, par HERMAN-EBBINGHAUS (2e édition Paris 1910 — F. Alcan, éditeur, prix 5 francs).

Nous croyons inutile d'insister sur la valeur bien connue de ce volume, dont le style clair et précis est d'une compréhension facile, qualité assez rare en psychologie. L'auteur donne d'abord un aperçu historique, puis il étudie les *notions générales*, le cerveau et l'âme. Il divise la vie psychique en *vie élémentaire* (sensations, représentations, sentiments, contrainte, volonté, attention, mémoire, habitude, fatigue, mouvements), *vie complexe* (perception, souvenir, abstraction, langage, pensée et connaissance, croyance, émotions, libre arbitre), *vie supérieure* (religion, art, moralité).

Ces chapitres sont écrits simplement et reflètent un bon sens remarquable.

Problèmes de psychologie affective, par RIBOT, (Paris 1910, F. Alcan, éditeur, prix : 2.50).

Ce volume contient l'étude de questions intéressantes : *la conscience affective, la mémoire affective, l'antipathie*, le *plaisir, sur une forme d'illusion affective.*

Ces chapitres sont également intéressants; prenons-en un au hasard et voyons comment est traité le sujet :

L'*antipathie :* Eléments généraux de toute antipathie . une intuition, un état pénible, une inhibition motrice. — C'est une forme atténuée de l'instinct de conservation, agissant par anticipation. — Mécanisme de l'antipathie. Commence-t-elle par un mouvement sympathique? — Sa ressemblance avec l'instinct. — Son évolution. — 1er stade, organique. Répulsion physiologique, consciente ou inconsciente. Le dégoût. Passage de l'organique à l'instinctif. — 2e stade, instinctif. L'antipathie chez les animaux et les enfants. — 3e stade, conscient. Deux formes : brusque, procédant de l'instinct; à formation lente. Exemples. — Antipathies innées et acquises. Rôle de l'association des idées. — Transformation de l'antipathie en sympathie. — Les antipathies partielles : esthétiques, religieuses, morales, etc. — 4e stade. L'antipathie sous la forme collective. Elle repose moins sur un instinct que sur une croyance. — Elle tend à prendre une forme impersonnelle. — Inutilité d'une étude pathologique. — Caractères de l'intuition : Elle est un sentiment plutôt qu'une connaissance. — La tendance à l'antipathie : ses conditions psychologiques. Manque de plasticité intellectuelle. Elimination du pessimisme et de la misanthropie. Disposition à l'excitabilité. — Rapports avec la peur et la haine. — L'antipathie est un arrêt de développement. Son utilité : elle est un principe d'individualisation.

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1910

Les articles originaux sont imprimés en caractères italiques

A

B

C

D

E

F

H

I

I

M

S

T

V

TABLE DES AUTEURS

15e ANNÉE — N° 24 20 DÉCEMBRE 1910

JOURNAL DE NEUROLOGIE

PARAISSANT 2 FOIS PAR MOIS — LE CINQ ET LE VINGT

NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE

sous la direction de

X. FRANCOTTE
PROFESSEUR DE NEUROLOGIE ET DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE A L'UNIVERSITÉ DE LIÉGE

J. CROCQ
PROFESSEUR AGRÉGÉ A L'UNIVERCITÉ DE BRUXELLES MÉDECIN EN CHEF DE LA MAISON DE SANTÉ D'UCCLE

PRIX DE L'ABONNEMENT { **Belgique** . . . . fr. 8.00
Etranger 10.00

DIRECTION : **Dr Crocq, rue Joseph II, 62, Bruxelles**

Imp. médicale et scientifique L. SEVEREYNS, rue Botanique, 34, Brux.